

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**UNIDAD DE POSGRADO**

**Factores asociados al abandono al control prenatal –  
Instituto Nacional Materno Perinatal - 2011**

**TESIS**

Para optar el Grado Académico de Doctor en Ciencias de la Salud

**AUTOR**

Oscar Fausto Munares García

**ASESOR**

Daisy Flores Cortés

Lima – Perú

2014

***Dedicatoria***

*A mi madre, Dora, que ya no está con nosotros, pero siempre estará conmigo.*

*A mi padre Pedro, por todos estos años de compañía.*

*A mis hermanos por su comprensión.*

*A mi esposa Celia, y mis hijos Celina y Luis porque  
a pesar de todo, siempre me han hecho sentir que están conmigo*

### **Agradecimiento**

Al Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica (CONCYTEC), y al Programa de Ciencia y Tecnología del Fondo para la Innovación en Ciencia y Tecnología (FINCyT) por el apoyo en la beca de estudio del doctorado y la culminación de la presente tesis.

## ÍNDICE GENERAL

	Pág.
<b>CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN</b>	
Situación problemática .....	1
Formulación del problema .....	2
Justificación teórica .....	2
Justificación práctica .....	3
Objetivo general .....	4
Objetivos específicos .....	4
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
Marco Epistemológico de la investigación .....	5
Antecedentes de la investigación .....	6
Bases teóricas .....	9
El control prenatal .....	9
Objetivos del control prenatal .....	10
Características del control prenatal .....	14
Actividades del control prenatal .....	15
Acciones periódicas en el control prenatal .....	17
Abandono al control prenatal .....	20
Factores sociales .....	21
Factores institucionales .....	25
Factores personales .....	35
<b>CAPITULO III: METODOLOGÍA</b>	
Tipo de estudio .....	39
Diseño .....	39
Área de estudios .....	39
Población y muestra .....	40
Variables .....	42
Técnicas e instrumentos .....	47
Procedimientos .....	49
Aspectos éticos .....	51
Plan de análisis .....	52
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
Resultados .....	54
Discusión .....	66
<b>CONCLUSIONES</b> .....	70
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	72
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	73
Anexo 1: Criterios de selección .....	80
Anexo 2: Consentimiento informado .....	81
Anexo 3: Formulario de datos generales .....	83
Anexo 4: Formulario de abandono al control prenatal .....	84
Anexo 5: Escala de calidad del control prenatal .....	87
Anexo 6: Validación del Formulario de abandono al control prenatal .....	88
Anexo 7: Validación de la Escala de calidad del control prenatal .....	94
Anexo 8: Tríptico educativo sobre control prenatal .....	98
Anexo 9: Carta de Aprobación de la investigación .....	100
Anexo 10: Informe del Comité de Ética .....	101

## LISTA DE CUADROS

	Pág.
CUADRO 1 DATOS GENERALES DE LAS PACIENTES SEGÚN ABANDONO (CASO) O NO (CONTROL) AL CONTROL PRENATAL, INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2011.....	55
CUADRO 2 DATOS OBSTÉTRICOS SEGÚN ABANDONO (CASO) O NO (CONTROL) AL CONTROL PRENATAL, INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2011.....	56
CUADRO 3 DATOS DEL RECIÉN NACIDO SEGÚN ABANDONO (CASO) O NO (CONTROL) AL CONTROL PRENATAL, INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2011.....	57
CUADRO 4 CONTROLES PRENATALES SEGÚN ABANDONO (CASO) O NO (CONTROL) AL CONTROL PRENATAL, INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2011.....	57
CUADRO 5 FACTORES SOCIALES ASOCIADOS AL ABANDONO (CASO) O NO (CONTROL) AL CONTROL PRENATAL, INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2011.....	59
CUADRO 6 FACTORES INSTITUCIONALES ASOCIADOS AL ABANDONO (CASO) O NO (CONTROL) AL CONTROL PRENATAL, INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2011.....	60
CUADRO 7 FACTORES PERSONALES ASOCIADOS AL ABANDONO (CASO) O NO (CONTROL) AL CONTROL PRENATAL, INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2011.....	62
CUADRO 8 COEFICIENTES DE REGRESION LINEAL MULTIPLE PARA DETERMINACIÓN DEL NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES.....	63
CUADRO 9 COEFICIENTES DE REGRESION LINEAL MULTIPLE PARA DETERMINACIÓN DEL NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES EN EL PRIMER TRIMESTRE.....	63
CUADRO 10 MODELO DE REGRESIÓN LOGISTICA BINARIA PARA EL ABANDONO AL CONTROL PRENATAL.....	64

## LISTA DE GRÁFICOS

		Pág.
GRÁFICO 1	MEDIANA DE CONTROLES PRENATALES SEGÚN ABANDONO (CASO) O NO (CONTROL, INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2011.....	58
GRÁFICO 2	CURVA ROC PARA LA DETERMINACIÓN DE LA SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL MODELO.....	65

## RESUMEN

**OBJETIVO.** Analizar los factores asociados al abandono del control prenatal en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el período junio a diciembre de 2011

**METODOLOGIA.** Estudio de casos y controles donde se asignaron a 662 gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, divididas en 331 pacientes con abandono al control prenatal (casos) y 331 pacientes sin abandono al control prenatal (controles), pareadas según fecha de atención del parto y sexo del recién nacido, a los cuales se aplicó el instrumento de recolección de datos que indagó datos generales y los factores de abandono: social, institucional y personal. Posteriormente toda la información fue procesada en una base de datos en Microsoft Excel y analizada a través del programa estadístico SPSS versión 20 a través de estadísticas descriptivas e inferenciales con pruebas de hipótesis significativos a un nivel de significación estadístico  $p < 0,05$ ; para la determinación de las asociaciones se utilizó el OR, con sus intervalos de confianza al 95%, regresión logística binaria (ORa) y múltiple con un nivel de significación estadística  $p < 0,05$

**RESULTADOS.** Hubo diferencias en cuanto al número de gestaciones ( $2,6 \pm 1,4$  vs  $2,3 \pm 1,2$ ) entre casos y controles, el promedio de controles prenatales para los casos fue  $3,9 \pm 1,2$  y en los controles fue  $8,4 \pm 1,8$ . Los factores sociales asociados fueron dificultad de permisos en el trabajo (OR:2,7) y dificultad por quehaceres domésticos (OR: 3,9). Los factores institucionales fueron trato inadecuado (OR:2,5), profesional de la salud-paciente insatisfactoria (OR:1,9); relación profesional de la salud paciente impersonal (OR:1,6); episodios de maltrato por parte del profesional (OR:3,5), poca prioridad para su atención prenatal (OR:2,1), incoordinación entre los servicios (OR:1,7), tiempo de espera largo (OR:1,7), servicios incompletos (OR:4,4), calidad inadecuada del control prenatal (OR:2,9) y consultorio prenatal difícil de ubicar (OR:1,9). Los factores personales fueron olvido de las citas, dificultad para el cuidado de los hijos y multiparidad (OR:2,6). El análisis multivariado determinó asociación dificultades de permisos en el trabajo (ORa:2,2 IC95% 1,4:3,5), dificultades por quehaceres domésticos (ORa:2,9 IC95% 1,6:5,1); servicios incompletos (ORa:3,6 IC95% 2,2:5,9); consultorio prenatal difícil de ubicar (ORa:1,8 IC95% 1,2:2,9) y calidad inadecuada del control prenatal (ORa:2,4 IC95% 1,7:3,5).

**CONCLUSION.** Existen factores sociales, institucionales y personales asociados al abandono al control prenatal.

**PALABRAS CLAVE:** control prenatal, atención prenatal, factores asociados

## ABSTRACT

**OBJECTIVE.** To analyze the factors associated with abandonment of prenatal care in patients treated at the National Institute of Maternal and Perinatal Health during the period June to December 2011

**METHODOLOGY.** Study cases and controls were assigned 662 pregnant women at the National Institute of Maternal and Perinatal Health, divided into 331 patients with abandonment of prenatal care (cases) and 331 patients without abandonment of prenatal care (controls) were matched according to date of delivery care social, institutional and personal: and sex of child, to which the data collection instrument that inquired general data and abandonment factors applied. Then all the information was processed in a database in Microsoft Excel and analyzed using the statistical program SPSS version 20 through descriptive and inferential statistics to test hypotheses significant at a level of statistical significance  $p < 0,05$ ; for determining the OR associations was used, with confidence intervals at 95%, binary logistic regression (aOR ) and a multiple statistical significance level  $p < 0,05$

**RESULTS.** There were differences in the number of pregnancies ( $2,6 \pm 1,4$  vs.  $2,3 \pm 1,2$ ) between cases and controls, the average prenatal care for cases was  $3,9 \pm 1,2$  and in controls was  $8,4 \pm 1,8$ . The difficulty associated social factors were at work permits (OR:2,7) and difficulty housework (OR:3,9). Institutional factors were inadequate treatment (OR:2,5); health professional- patient unsatisfactory (OR:1,9); impersonal professional relationship of patient health (OR:1,6), episodes of abuse by the professional (OR:3,5); low priority for prenatal care (OR:2,1), lack of coordination between services (OR:1,7); long waiting time (OR:1,7); incomplete services (OR:4,4); poor quality of prenatal care (OR:2,9) and difficult to locate antenatal clinic (OR:1,9). Personal factors were forgetting appointments, difficulty caring for children and multiparity (OR:2,6). Multivariate analysis determined association permits difficulties at work (aOR:2,2 CI95% 1,4:3,5); housework difficulties (aOR:2,9 CI95% 1,6:5,1); incomplete services (aOR: 3,6 IC95% 2,2:5,9); difficult to locate antenatal clinic (aOR:1,8 CI95% 1,2:2,9) and inadequate quality of prenatal care (aOR:2,4 CI95% 1,7:3,5).

**CONCLUSSION.** There are social factors, institutional factor and personal factor associates of abandonment to prenatal care.

**KEY WORDS:** prenatal care, antenatal care, factors associated



## **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Situación problemática**

Los estudios internacionales indican que la mayoría de lesiones y muertes maternas, así como casi tres cuartas partes de las muertes neonatales se podrían evitar si las mujeres recibieran la atención oportuna durante el embarazo, el parto y el posparto (Aguado, Girón, Osorio, Tovar, & Ahumada, 2007). Se estima que por cada muerte materna ocurren 10 muertes perinatales; las cuales están vinculadas, a factores de salud materna y a la inadecuada atención prenatal, del parto y del recién nacido (Ministerio de Salud, 2009). La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) determinó para el año 2012 que en el Perú, el 96% de las gestantes recibió atención prenatal por personal calificado (médico, obstetra o enfermera), y el 94,9% tuvo 4 a más controles prenatales (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2013), así mismo, el Instituto Nacional Materno Perinatal, ubicado en la ciudad de Lima, se identificó que la cobertura de gestantes con más de 6 controles prenatales (gestantes controladas) sólo llegó al 50,3% para el año 2013 (Instituto Nacional Materno Perinatal, 2014), por lo que se tiene la mitad de gestantes que no concluyen sus controles, y con ello no se cumplirían con los objetivos del control prenatal, en México (Peñuelas-Cota et al., 2008), se determinó que de los casos de muerte materna 54,8% tenía de ellas tenían control prenatal, en Colombia (Tamayo & Gómez, 2005) se identificó que la ausencia de control prenatal aumenta el riesgo de muerte materna (OR: 8,0 IC 95% 2,3-28,3); el

grupo de menor riesgo fueron los que tenían entre 5 y 9 controles, mientras que los de mayor riesgo estaban entre 1 y 4 controles, el riesgo aumenta cuando no se tiene ningún control (OR: 11,7). El control prenatal, conjuntamente con el parto institucional y el seguimiento del recién nacido son las estrategias de reducción de la mortalidad materna más adecuadas, por lo que el abandono al control prenatal, no necesariamente lleva a no asistencia del parto institucional, pero si deja sin realizar una serie de actividades preventivas y de promoción de la salud en la gestante y la familia. Si se presenta el fenómeno de abandono al control prenatal, esto no sólo se debe a factores económicos, sino posiblemente se plantean factores de tipo social, institucional, organizacional y médico, así como de calidad de la atención prenatal. Un estudio realizado en el Perú (Arispe, Salgado, & Tang, 2011) se identificó que en puérperas del Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima sólo el 7,4% tenía un control prenatal adecuado, es decir más de 6 controles prenatales en los tiempos indicados por el Ministerio de Salud, también se encontró asociación para obtener un control prenatal inadecuado con la paridad mayor a dos, así mismo el ser primigesta se asoció a mayor número de controles prenatales. La pérdida del control adecuado, puede condicionar a una pérdida de la parte preventiva en la gestante y su familia.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores asociados al abandono al control prenatal en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo junio a diciembre de 2011?

## **1.3. Justificación teórica**

Al estudiar la relación entre el inadecuado control prenatal y la morbilidad y mortalidad neonatal, encontraron más probabilidades con el síndrome de insuficiencia respiratoria (OR: 3,5 IC95 1,8-6,7), bajo peso al nacimiento (OR; 3,5 IC95% 1,8- 6,5) y prematuridad (OR: 5,0 IC 95% 2,6-9,6) (Pérez-Toga, 2005). Para los países de ingresos bajos y medios, la mortalidad perinatal fue

significativamente mayor en el grupo de visitas reducidas (menores de 5 controles prenatales) así lo demostraron tres ensayos; OR: 1,15; IC95%: 1,01 a 1,32) (Villar, Carroli, Khan Neelofur, Piaggio, & Gülmezoglu, 2007). En Cuba se determinó que los factores que han podido mejorar las atenciones maternas han sido la amplia cobertura del control prenatal, atención profesional del parto, normas nacionales de atención perinatal, control prenatal según complejidad, alimentación materna complementaria, uso de corticoides en amenaza de parto prematuro, uso de surfactante artificial, descenso de la natalidad y más recientemente la administración de ácido fólico pregestacional (Ebensperger, 2005), por lo que el estudio y la mejora de los controles prenatales aportaría mucho a la salud materna.

#### **1.4. Justificación práctica**

El determinar factores que se asocian al abandono al control prenatal, puede ser de ayuda para la gestión de los servicios de salud, la atención de salud y la educación. Para la gestión de los servicios el tener conocimientos sobre factores que afectan la adherencia y las atenciones de los servicios de control prenatal, se tendría información para la instalación de ciclos de mejora en los servicios. Para el clínico que constantemente interacciona con las usuarias, le serviría como herramienta de predicción para identificar pacientes que no concluirán sus atenciones. Así mismo, en los elementos educativos como las sesiones de Psicoprofilaxis, la misma consulta prenatal y la estimulación prenatal, espacios donde se puede indagar sobre eventos de los servicios prestados, serán vías para poder dar a conocer los riesgos que las gestantes para no culminar sus controles prenatales. No se cuenta con herramientas para la determinación de la probabilidad que una gestante que acude a sus controles prenatales, pueda dejar de ir, para ello, el estudio también pretende dejar un instrumento que mida la posibilidad de abandono al control prenatal, así como la calidad del control prenatal, puesto que es seguro que los factores que se asocian en el ámbito urbano, no serán los mismos que afecten a otros ámbitos, como el rural, o etnias específicas.

## **1.5. Objetivos**

### **1.5.1. Objetivo general**

Analizar los factores asociados al abandono del control prenatal en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo Junio a Diciembre de 2011.

### **1.5.2. Objetivos específicos**

- Determinar la asociación entre el factor social y el abandono al control prenatal.
- Determinar la asociación entre factor institucional y el abandono al control prenatal.
- Determinar la asociación entre el factor personal y el abandono al control prenatal.
- Estimar los factores de abandono que se asocian al número de controles prenatales.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Marco epistemológico de la investigación

El paradigma del *Positivismo lógico*, se basa en que sólo existe ciencia si es posible teorizarla, es decir, establecer sistemas lógicos que puedan ser contrastados por la evidencia empírica (A. Hernández, 2008). La “*Metodología Cuantitativa*” ha primado en el desarrollo de las ciencias de la salud, la cual utiliza el lenguaje objetivo de cifras y procesos estadísticos, utilizando el método hipotético deductivo y como técnicas de recogida de información, utiliza los cuestionarios, la observación, las entrevistas, entre otros (González, 2010).

Para la ejecución de la investigación, se plantean “*Diseños*”, es decir, estrategias generales de cómo abordar el problema planteado, ello dependerá del nivel de la investigación, es decir, si el problema es de descripción, explicación o predicción (Concari, 2001). El diseño de un estudio es una de las etapas en el proceso de investigación, se toman en consideración una serie de hechos como la factibilidad de conducir la investigación (relacionada entre otras con la experiencia del investigador y el tamaño de la muestra), los aspectos éticos y financieros, lo esencial es definir si el investigador se mantendrá al margen del desarrollo de los acontecimientos o decidirá intervenir, de este modo, se logra comprender la primera gran división de los diferentes tipos de estudios: observacionales o experimentales, de los primeros surgen los estudios exploratorios, descriptivos y analíticos; de los segundos están los estudios pre-

experimentales, cuasi-experimentales y experimentales verdaderos (Manterola, 2009).

Los estudios de casos y controles o casos-control, junto con los estudios de cohortes, son considerados estudios analíticos (observacionales). Se definen sobre la base de la presencia de una enfermedad (casos) o de su ausencia (controles) y posteriormente se compara la exposición de cada uno de estos grupos a un factor, factores o características de interés, con la finalidad de encontrar sus diferencias (Gómez, 2008). Se trata de estudios cuyo objetivo es determinar si la frecuencia de aparición de una variable en estudio es diferente en los “casos” respecto de los “controles” (Manterola, 2009).

## **2.2. Antecedentes de la investigación**

Sergio Girado y colaboradores (Girado-Llamas et al., 2011) en Colombia realizaron un estudio descriptivo, prospectivo a 134 puérperas, aplicando una encuesta aplicada en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo. Se analizaron variables socio-demográficas, características del control prenatal, conocimiento sobre signos de alarma, estudios de laboratorio, entre otros. Encontrando que el 90% asistió al control prenatal, de estas 53,2% nunca faltó y las demás atribuyeron su inasistencia, principalmente a su falta de afiliación al sistema de salud (23,6%), falta de tiempo (22,3%), y falta de dinero (14,4%). Los investigadores concluyeron que el conocimiento de las puérperas acerca del control prenatal fue deficiente y no tiene relación con la cantidad de pacientes que asistieron a las mismas.

Espinosa y colaboradores (Espinosa, Trindade, Hoffmann, Fernandez, et al., 2010) en Brasil publicaron un estudio cuyo objetivo fue describir el perfil demográfico, conductual y clínico de las embarazadas hospitalizadas en maternidades públicas e identificar los factores asociados con seis o más consultas prenatales, para ello, realizaron un estudio transversal en 1380 mujeres, aplicando un cuestionario cara a cara que contenían variables sociodemográficas, variables clínicas, obstétricas, historia de violencia doméstica, revisando también

el carné prenatal. Para el análisis de datos aplicaron, distribución de frecuencias, OR con IC95% y modelo de regresión múltiple. Encontraron que el 77% de los participantes tenían 6 o más consultas prenatales. El tener 9 años de escolaridad (OR: 1,8 IC95% 1,1-3,1), el estar casada (OR: 1,9 IC95% 1,2 – 2,9) y el parto a término (OR: 3,6 IC95% 1,6-8,2) se asociaron de forma independiente con 6 o más consultas prenatales.

Pedro Faneite y colaboradores (Faneite et al., 2009) en Venezuela realizaron un estudio para identificar los motivos para la inasistencia al control prenatal, realizaron un estudio descriptivo en 1000 pacientes con embarazo actual o pasado que no fue controlado, aplicaron entrevistas y encuestas. Estudiaron variables epidemiológicas (residencia, educación, estado civil, edad) seguidos de aspectos socioeconómicos en primer término, factores sociales (domicilio lejano, falta de transporte, etc.), luego razones económicas (no tiene para cancelar el transporte, medicinas, etc.), justificación educativa prenatal (falta de motivación, desconocimiento de la importancia), el aspecto institucional (centro lejano, horario inapropiado, ausentismo del personal, huelga médica, no funciona el consultorio, mala imagen de la consulta, no dan medicina) y como último el personal médico (consulta de baja calidad, la tratan mal, ausentismo laboral). Encontraron entre los factores epidemiológicos la residencia en barrios (57,2%), educación secundaria (59,7%), estado civil soltera (48,1%) edad entre 20 a 29 años (40,4%), entre los factores sociales el domicilio lejano (52,3%), el desempleo (27,3%); en la educación prenatal fue el desconocimiento de la importancia del control (48,8%), entre los factores institucionales fue el ambiente inadecuado de la consulta (39,2 %) y la ubicación lejana del centro de salud (19,3%) y entre los factores de atención médica la consulta prenatal de baja calidad (29,8%), seguida de la opinión de pocas horas de consulta (23,2%).

Jeannette Chavarría (Chavarría, 2006); en su tesis de investigación sobre no cumplimiento de citas en atención prenatal de las embarazadas de Centros de salud Francisco Buitrago en Nicaragua, realizó estudios cualitativos: grupos focales y entrevistas a profundidad que indagaban en mujeres que no cumplieron sus citas de atención prenatal. Estudió la importancia de la atención prenatal y citas de seguimiento, así mismo estudió las causas para no acudir a la atención

prenatal. Encontró que el trato inadecuado que reciben del personal que atiende, la relación médico-paciente no satisfactoria e impersonal, los largos tiempos de espera, no prioridad para su atención, inadecuada coordinación entre los diferentes servicios, alimentación durante la espera y gastos para exámenes no disponibles (laboratorio y ultrasonido), la dificultad para obtener permiso durante el trabajo, el cuidado de los niños y de la casa, los quehaceres domésticos y el poco apoyo de la familia fueron los más relevantes. Así mismo se encontró que algunas olvidaban su cita, así mismo las actitudes de desánimo fueron asociadas. Finalmente la percepción general para no acudir es porque consideran que el servicio es incompleto porque parte de los gastos son asumidos por las pacientes como los exámenes de laboratorio, ultrasonido, multi-vitaminas y otro medicamento a comprar.

Pedro Faneite y colaboradores (Faneite, Rivera, Linares, & Faneite, 2002), realizaron un estudio para identificar factores personales (epidemiológicos y socioeconómicos), institucionales y médicos relacionados a la inasistencia al control prenatal. Realizaron un estudio analítico en 1500 casos del Departamento de obstetricia y ginecología del Hospital Adolfo Prince en Carabobo Venezuela, cuyo embarazo actual o pasado no fue controlado. El residir en barrios (53,3%), educación primaria (45,2%), estado civil concubina (50%) y edad entre 25 a 34 años (49,9%). Entre los factores sociales domino el domicilio lejano (46,4%) entre los económicos el desempleo (35,8%) y en la educación el desconocimiento sobre la importancia del control prenatal (57,6%), entre los factores institucionales el más importante fue el ambiente inadecuado para la consulta (42,6%). Los investigadores concluyeron que existen diversos factores relacionados que implican acciones educativas, planes de apoyo para elevar el estándar de vida, e instaurar un plan de motivación integral de salud, con mejoramiento de la planta física.

Hans-Albrecht Von Wandenfels y colaboradores (Waldenfels, Pflanz, & Ramón, 1992) realizaron un estudio para determinar los factores que influyen en la concurrencia al control prenatal en Montevideo Uruguay. Realizaron una encuesta en 220 puérperas de la clínica ginecotocológica, entre las 12 a 24 horas después del parto, aplicando una encuesta con una duración promedio de 30



minutos, se indagaron datos sociodemográficos (edad, instrucción, estado civil, etc.), evolución del embarazo y antecedentes obstétricos, actitud frente al embarazo, asistencia brindada por salud pública, conocimientos sobre la necesidad del control prenatal, conocimientos sobre la existencia del suplemento alimentario, accesibilidad a las policlínicas y condiciones del transporte. El 30% de las encuestadas no acudieron a su control prenatal, el 70% había tenido entre uno a más controles prenatales. El promedio de controles fue de 5,4; en aquellas que no acudieron a su control se encontraron factores como primaria incompleta, soltera sin pareja estable, sin carné de asistencia y desconocimiento sobre las actividades del sistema de salud. Los investigadores concluyeron que parecería posible elevar la tasa de concurrencia a los controles prenatales con un cambio en la estructura organizativa de las policlínicas y una política de información que considere las particularidades específicas de Montevideo.

## **2.3. Bases teóricas**

### **El Control Prenatal**

Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud. El control prenatal involucra un conjunto de acciones en visitas de parte de la embarazada al establecimiento de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad, que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal (Cáceres, 2009). El control prenatal debe ser eficaz y eficiente (cobertura máxima sobre el 90% de la población obstétrica), es un indicador relevante de la conducta preventiva de la embarazada (Barrios & Montes, 2007; Ministerio de Salud, 2004, 2011). La adecuada aplicación de estos conceptos, permitirá mantener las tasas de morbi-mortalidad materna y perinatal en niveles aceptables (B. Hernández, Trejo, Ducoing, Vázquez, & Tomé, 2003; Ortiz & Beltrán, 2005). En el Perú las gestantes que acuden a la atención prenatal y además tienen su parto en un establecimiento de salud con capacidad resolutive, tienen un riesgo 4,5

veces menor de morir, que aquellas que no se controlan y tienen parto domiciliario (Ministerio de Salud, 2009). En Colombia se encontró que el 80% de los casos de muertes maternas se pudieron evitar, también se indicó que la atención prenatal no fue la mejor, las ineficiencias detectadas fueron la falta de detección del riesgo por enorme variación en las técnicas de medición, sólo una de cada dos pacientes fue examinada completamente, el incumplimiento de las normas se estimó en 35%. Por lo que los expertos concluyen que las mejoras en la calidad del control prenatal reducirían en 80% las muertes evitables (Cáceres, 2009; Pasmíño & Guzmán-Gómez, 2009). Lo ideal es que el control prenatal se inicie lo más tempranamente posible, lo adecuado antes del primer trimestre (14 semanas de gestación) (Ministerio de Salud, 2010), en España aconsejan antes de la semana 10 de gestación (Soc Esp Obstet Ginecol, 2014).

### **Objetivos del Control Prenatal**

La literatura indica una serie de objetivos que pueden realizarse en el control prenatal. De este modo, se espera detectar y tratar oportunamente la morbilidad obstétrica y perinatal. La primera hace referencia a los eventos que se presentan en la embarazada y que pueden influir negativamente en la salud y el bienestar de madre e hijo. Los objetivos del control prenatal son (Barrios & Montes, 2007):

1. **Identificar factores de riesgo materno y fetal.** Se encuentran bajo el marco de la “Prevención”, la finalidad es hallar gestantes que tendrán mayor probabilidad de presentar un evento adverso. Desde la primera visita hasta la culminación de la gestación en el parto, la identificación de los factores de riesgo maternos, fetales y perinatales son necesarios en los controles prenatales. Se manejan las propuestas de las *Guías Nacionales*, con entrevista, examen clínico y exámenes auxiliares. Los controles prenatales, tienen la posibilidad de ser “*Predictivos*” es decir, tener la capacidad de aplicar pruebas que nos permitan saber con determinada sensibilidad y especificidad, algunas patologías maternas asociadas, tal es el caso como los estados hipertensivos del embarazo, entre otros. En Venezuela, se encontró que la mortalidad perinatal se relacionó

inversamente con el número de consultas prenatales, cuando bajaba las consultas prenatales, aumentaba la mortalidad perinatal y cuando aumentaba los controles prenatales la mortalidad perinatal se reducía (Faneite, Rivera, & Faneite, 2007).

2. ***Precisar con mayor exactitud la edad gestacional.*** La adecuada determinación de la edad gestacional, nos permitirá identificar el periodo correcto del embarazo y explicar con ello algunas conductas del mismo. Lo normado es la identificación a través de la fecha de última menstruación o como coloquialmente se indica “*Fecha de última regla*”, y se complementa con el ultrasonido, la norma indica que cuando esta es más precoz, mejor capacidad de identificación tendrá. Conforme avanza el embarazo, es posible complementar esta identificación con la medición por altura uterina, cruzando estas tres técnicas, es muy probable tener una identificación adecuada de la edad gestacional.
  
3. ***Diagnosticar la condición fetal y vigilar, su desarrollo.*** Existen una serie de mecanismos que nos permiten identificar la condición fetal, podríamos enmarcarlos en antropométricos como la medición de la altura uterina y los movimientos fetales que nos permiten indicar el crecimiento fetal. El peso materno nos permite saber si el producto y sus anexos están en crecimiento, entre los elementos clínicos tenemos a la mensuración (la aplicación de las maniobras de Leopold para identificar la posición fetal), la auscultación de los latidos cardiacos fetales, que eventualmente pueden realizarse con fetoscopio Pinard (a partir de las 17 semanas), o actualmente con doppler (a partir de las 8 semanas), así mismo tenemos la percepción del movimiento fetal. Se ha identificado que existe casi tres veces mayor probabilidad de terminar en parto pretérmino con control prenatal inadecuado (Salvador, Diaz, & Huayanay, 2004). Aplicando el índice de Kessner para la tipificación de control prenatal adecuado/inadecuado en relación a la cantidad de controles prenatales por semanas gestacionales, se ha encontrado que el peso al nacer es menor cuando es menor el número de controles prenatales, así mismo hubo relación entre el número de controles prenatales y la prematuridad,

también se ha demostrado que el peso muy bajo al nacer es menos frecuente en los controles prenatales adecuados (2,9%) que en los controles prenatales inadecuados (15,7%) (Tipiani & Tomatis, 2006). En un estudio realizado en Brasil (Ribeiro et al., 2009) en 4552 gestantes evaluadas se encontró que el promedio de controles prenatales era de 6,2, de ellos 66,1% fue considerado como un control prenatal inadecuado, entendiéndose como inadecuado cuando este control se iniciaba posterior a las 15 semanas de gestación y una diferencia entre el número de controles prenatales realizados estuvo por debajo del 50% de los controles prenatales esperados, en ese país, el mínimo esperado son 6 controles mayo o igual a las 37 semanas, 5 cuando se encuentra entre las 33 a 36 semanas, 4 cuando se encuentra entre las 29 a 32 semanas, 3 cuando se encuentra entre las 24 a 28 semanas y 2 cuando es menor a las 24 semanas. Otro estudio en ese mismo país se identificó un 40% de control prenatal inadecuado, y encontró asociación con el embarazo no planificado, insatisfacción por el embarazo y el no vivir con el padre de su hijo. Por otro lado las mujeres que estaban por su segundo o más partos tuvieron una probabilidad significativamente mayor de reportar uso inadecuado del control prenatal, finalmente el ingreso familiar estuvo inversamente asociado con una atención inadecuada (Bassani, Surkan, & Olinto, 2009).

4. ***Diagnosticar la condición materna.*** Las gestantes identifican aspectos relativos a su morbilidad y la necesidad de recibir atención médica han sido menos explorados, no obstante que su importancia ha sido reconocida desde tiempo atrás (Aguilar, Nazar, Salvatierra, Mariaca, & Estrada, 2006). Uno de los puntos más cruciales es el diagnóstico de la condición materna y que en algunos casos, confluyen a más de una profesión, como el médico y sus especialidades, el obstetra, el odontólogo, el psicólogo, el Tecnólogo médico, la asistente social, el nutricionista, entre otros especialistas de acuerdo a la complejidad de la condición materna. El 80% de las gestaciones cursarán normalmente, y el 20% presentará condiciones que ameriten la confluencia de varios profesionales. En Colombia encontraron que la inasistencia o las

consultas prenatales y la poca adherencia a las medidas de protección sexual por parte de la pareja, fueron aspectos que interfirieron con un tratamiento eficaz de las gestantes con sífilis (García & Almanza, 2011). En Colombia se demostró que el control prenatal adecuado puede reducir los eventos de Preeclampsia puesto que favorecería el manejo de la prevención (administración de calcio, vitaminas, ácidos grasos, aspirina), así como la infección urinaria (López-Jaramillo, García, Reyes, & Ruíz, 2009).

5. ***Educación a la pareja.*** Uno de los puntos aun no suficientemente desarrollados corresponde a la educación de la pareja, quizá porque aún no se tiene bien definido qué se puede entender por educación, el nivel que hay que llegar, los contenidos a entregar y la forma cómo debe de impartirse, actualmente tanto en los controles prenatales, sesiones de Psicoprofilaxis y estimulación prenatal, se alienta a que la pareja acuda, para que vivencie los procesos que seguirán para la maternidad y el parto. Carter y colaborador (Carter & Speizer, 2005) en un estudio referente al apoyo de la pareja en tres actividades relacionadas en el embarazo y parto en El Salvador, encontró que el 90% de los padres participó en al menos una visita del cuidado prenatal, asistencia del parto, o participó en una visita de cuidado del recién nacido en el posparto, además se encontró que un 34% participó en las tres actividades. La razón principal de los padres que no pudieron realizar las actividades, fue por el trabajo (81%).

6. ***Disponer en un sólo documento, de toda la información mínima necesaria.*** La Historia Clínica Materna Perinatal (HCMP) es un documento de fácil registro, y su manejo se realiza a través del Carné perinatal, el cual es de más ayuda para el que realiza el control prenatal, pero resulta poco provechoso en el parto y posparto, sobre todo porque en los hospitales, tienden a desestimar la información, pero aun así esta herramienta está normada en nuestro país. (Ministerio de Salud, 2004).

## Características del Control Prenatal

Idealmente el control prenatal debe cumplir con cinco atributos: precocidad, periodicidad, completitud, cobertura y gratuidad (Cáceres, 2009):

1. **Precocidad.** Debe iniciarse lo más pronto posible, en México el promedio de inicio del control prenatal es a los  $15,8 \pm 8$  semanas (Villarreal, Garza, Nuñez, Rodríguez, & Rodríguez, 2007). En Argentina, donde se tienen coberturas del 99%, pero controles no precoces (<14 semanas), debido a no conseguir turno (33%), se realizó algún control previo en un centro de salud u otro establecimiento, razones laborales (13%), por atender a sus otros hijos (11%), por la distancia (9%), por desconocimiento (9%) y sólo 6% por razones económicas (Guilford, Downs, & Royce, 2008; Pécora, San Martín, Cantero, Jankovic, & Liompart, 2008). En Uruguay se indicó que 12,7% acudió antes de las 14 semanas de gestación, las razones fueron estar totalmente seguras de estar embarazadas, temor de informar sobre el evento a familiares por ser soltera, adolescente o problemas de pareja (Waldenfels et al., 1992).
2. **Periodicidad o repetitivo.** En un embarazo de bajo riesgo los controles deben ser mensuales: hasta las 28 semanas, quincenales desde las 28 semanas hasta las 36 semanas y semanales a partir de las 36 semanas hasta el parto. En un embarazo de alto riesgo los controles tienen un intervalo menor en cada control. La frecuencia de atenciones prenatales mínima es de 6, distribuidas en dos antes de las 22 semanas, 1 entre las 22 a 24 semanas, una cuarta entre las 27 a 29 semanas, la quinta entre las 33 a 35 semanas y la sexta entre las 37 a 40 semanas, se recomienda que la primera atención debe durar no menos de 20 minutos (Ministerio de Salud, 2007). Las mujeres que perciben su morbilidad y en particular su riesgo, tienden a incrementar significadamente el número de consultas prenatales recibidas (Aguilar et al., 2006). En Colombia, el 55,5% asistió a menos de 4 controles (Troncoso et al., 2007). Cuanto mayor es la edad de la madre mayor es la recepción de atención prenatal, al parto y posparto (Ministerio de Salud, 2008). En México se encontró asociación del número de consultas recibidas durante el

embarazo con la percepción de la morbilidad, de manera que quienes reportan morbilidad de riesgo, tienen en promedio un mayor número de consultas prenatales, esto se ha observado tanto en población mestiza, como en la indígena (Aguilar et al., 2006).

3. **Complejidad.** Para nuestra realidad, un control prenatal completo, es aquel en la cual se ha cumplido con los objetivos planteados por el Ministerio de Salud, en el momento y tiempos previstos, tomando en cuenta la salud integral (Ministerio de Salud, 2008).
4. **Cobertura.** Se indica que el control prenatal debe llegar a todas las embarazadas, afortunadamente las coberturas en el Perú, según ENDES 2012 superan el 95%.
5. **Gratuidad.** En el Perú, las consultas prenatales son totalmente gratuitas tanto para el Ministerio de Salud, a través del Seguro Integral de Salud y últimamente por el Aseguramiento Universal de la Salud, así mismo en EsSalud, también las consultas prenatales son gratuitas.

### **Actividades del Control Prenatal**

#### **Indicaciones generales en el control prenatal**

1. **Dieta.** Se debe insistir acerca de la preparación higiénica de los alimentos, evaluar y corregir la alimentación, teniendo impacto en el nacimiento de niños pequeños para la edad gestacional (hasta en un 30%). La dieta debe ser balanceada. Sólo el requerimiento de calcio y hierro aumenta. Se deben ingerir alrededor de 1200 mg de calcio elemental. Esta cantidad se encuentra en 5 porciones de lácteos/día (1 porción de 250 ml leche o 250 g de yogurt o 1 porción de queso o 1 huevo). Se ha documentado que una alimentación equilibrada previene hasta en 30% (IC95% 20-34%) el nacimiento de niños pequeños para su edad gestacional (Roselló-Soberón & Casanueva, 2005).

2. **Higiene personal.** Debe observar las reglas de higiene general al mayor grado posible durante el embarazo, lo esencial del lavado de manos, el aseo personal y la vestimenta.
3. **Actividad física.** El ejercicio físico moderado es medida conveniente en la embarazada, e incluso las caminatas, el balanceo, la natación, son aconsejados en la Estimulación prenatal y la gimnasia obstétrica es aconsejada para la Psicoprofilaxis obstétrica. Se desaconseja el ejercicio de alta competición, de contacto y buceo. Se debe evitar el aumento sostenido de temperatura en la gestante, para no exponer al feto a hipertermia.
4. **Educación materna.** Ofrecer información veraz acerca de su condición y de los aspectos biológicos del embarazo (Physician for Human Righth, 2007). Un estudio realizado a profesionales que atienden el control prenatal encontró que en lo referente a la educación a la gestante 96% brindó educación en micronutrientes; 85,1% en lactancia materna; 40,4% sobre el puerperio, 55% sexualidad durante la gestación y 57% en cuidados del recién nacido (Charry, Bernal, Giraldo, Gonzalez, & Rivera, 2008). La desventaja que tiene la educación materna en el control prenatal, es que no está normado, no hay estudios que indiquen cómo abordarlos, cuáles metodologías educativas son las mejores, en qué circunstancias y cómo evaluarlas y realizar mejoras continuas a los contenidos.
5. **Psicoprofilaxis obstétrica.** Implica la preparación física y mental de la gestante y pareja, para permitir que el nacimiento del producto, se realice en las mejores condiciones de colaboración física y mental. Sapién y Córdoba identificaron que la aplicación de la Psicoprofilaxis en el periodo prenatal a través de rutinas de ejercicios de fisioterapia obstétrica, relajación corporal y mental, técnicas de ventilación, posición de decúbito lateral izquierdo, extensión abdominal, simulacro de trabajo de parto, explicación de la rutina hospitalaria para parto, consejos sobre atención al recién nacido, pláticas sobre lactancia materna, cuidados y recomendaciones para mantener la salud en el embarazo son muy recomendables para las embarazadas (Sapi & Isela, 2007).



6. **Medicamentos.** Se recomienda suspender la administración de medicamentos; evitando los agentes nuevos o en fase de experimentación, y usarlos sólo cuando sea necesario, a dosis bajas.
7. **Consejería.** Incluir temas específicos, guía y pautas de alarma. Se debe reforzar la idea que estar embarazada no es estar enferma, evitando conductas sobreprotectoras o de descuido.
8. **Relaciones Sexuales.** La normalidad respecto a este tema, es lo que cada pareja esté en condiciones de aceptar. A lo largo del embarazo existen variaciones en la libido de la gestante, pero muchas veces esto se debe a temores y prejuicios, informar que las relaciones sexuales no dañan al feto y que su actividad sexual dependerá de su decisión, en relación al bienestar de la pareja.
9. **Tabaquismo y alcohol.** El consumo de alcohol durante el embarazo se asoció a bajo peso al nacer. El fumar se asoció a una variedad de efectos adversos para el feto, se debe realizar consejería desalentando el hábito tabáquico durante la gestación.
10. **Genética.** Existen pruebas para el diagnóstico prenatal de síndrome de Down y defectos del cierre del tubo neural. El triple esquema con marcadores serológicos en sangre materna con Alfafetoproteína baja, estriol no conjugado bajo, y Gonadotrofina coriónica humana aumentada, entre la semana 10 a 12 de gestación, identifica el 80% de los fetos con síndrome de Down con una tasa del 5% de falsos positivos.

### **Acciones Periódicas del Control Prenatal**

1. **Apertura del Carné Perinatal e Historia Clínica Perinatal:** Se identifica riesgos en la madre y se registra la evolución del embarazo, parto y antecedentes del recién nacido (Ortiz & Beltrán, 2005).

2. ***Medición de peso/talla materna:*** Aquí se evalúa el estado nutricional de la embarazada y se ayuda en el seguimiento del incremento de peso durante el embarazo.
3. ***Determinación de la presión arterial:*** Se realiza seguimiento de hipertensión previa y detección de hipertensión inducida por el embarazo.
4. ***Examen clínico general:*** Se evalúa el estado general y su adaptación a la gestación y se permite detectar alteraciones que pueden afectar a la madre y al feto.
5. ***Examen de mamas:*** Se identifica anormalidades anatómicas, nódulos y se hace seguimiento de los cambios durante el embarazo.
6. ***Examen ginecológico:*** Se procede a detectar precozmente vulvovaginitis, Infecciones de transmisión sexual (ITS) y/o cáncer cervicouterino, tratar y evitar complicaciones.
7. ***Inspección odontológica*** e identificación focos sépticos, como producto de los cambios hormonales en las embarazadas, es posible observar una mayor frecuencia de lesiones de tejidos blandos, tales como, gingivitis gravídica, úlceras inespecíficas, granuloma piógeno y glositis migratoria benigna, sin embargo, estas alteraciones corresponden a un proceso transitorio. El no tratar la enfermedad periodontal durante el embarazo, podría causar partos prematuros y bajo peso al nacer (Fuentes et al., 2009).
8. ***Determinación de la edad gestacional:*** Permite buen control del embarazo, evaluar ganancia de peso materno y crecimiento fetal y evaluar la fecha probable del parto, se determina por última menstruación y ecografía.
9. ***Diagnóstico de vitalidad fetal:*** Se evalúa la percepción de movimientos fetales (primípara entre las 18 a 20 semanas) que permite vigilar el estado del feto y auscultar el latido cardiaco fetal.

- 10. Evaluación del Crecimiento Fetal:** Se determina la altura uterina y evalúa variaciones por encima percentil 10 ó 90, así mismo se procede a identificar macrosomía fetal e identificar retardo de crecimiento intrauterino.
- 11. Diagnóstico de la presentación fetal:** Hay que identificar la presentación fetal anormal a partir de la semana 28 y orientar a la paciente sobre posibilidad de parto por cesárea.
- 12. Clasificación de la embarazada según riesgo:** Realizar la clasificación en cada control, enseñar a la gestante a identificar signos de complicación y evaluar si se requiere transferencia. Según la Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas (Ministerio de Salud, 2007), los factores de riesgo asociados identificables en el control prenatal son: embarazo no deseado, embarazo en adolescente (10 a 19 años), gestante mayor a 35 años, lugar de residencia lejana, pobreza, analfabetismo, nuliparidad o multiparidad, antecedentes patológicos de carácter general y antecedentes obstétricos patológicos: anemia, Preeclampsia, diabetes gestacional, infecciones cérvico-vaginales y urinarias, complicaciones hemorrágicas del embarazo y retardo del crecimiento intrauterino (Peñuelas-Cota et al., 2008). La edad menor a 17 o mayor a 40 años, la talla menor a 1,50 m, el peso menor a 45 Kg o menor al 20% del peso teórico. El analfabetismo, bajo nivel socioeconómico, multiparidad (>4 partos), periodo intergenésico corto (<12 meses) no deben considerarse criterios para referencia (Fraifer & García, 2004).
- 13. Consejería:** En el primer trimestre, desarrollar temas como signos y síntomas normales del embarazo y orientación nutricional, en el segundo y tercer trimestre desarrollar la preparación para el amamantamiento, signos de alerta o complicaciones frecuentes, preparación para el parto, control puerperal y planificación familiar.
- 14. Indicación de hierro y ácido fólico:** Idealmente la administración de hierro debe realizarse durante todo el embarazo y la lactancia. Lunet y colaboradores (Lunet, Rodrigues, Correia, & Barros, 2008), realizaron una

investigación sobre el uso de ácido fólico, hierro y vitaminas en pacientes con adecuado control prenatal, encontró que la utilización fue alta, (81,9% para ácido fólico; 55,5% para hierro y de multivitaminicos en 76,2%).

**15. *Indicación de toxoide tetánico:*** Informar la importancia e inocuidad para el feto y completar esquema de vacunación.

**16. *Análisis de exámenes de laboratorio.*** En la primera consulta, confirmar con una prueba de embarazo, solicitar exámenes de sangre: Hemograma completo (descarte de anemia e infecciones), grupo sanguíneo y factor Rh (descarte de incompatibilidad materno-fetal), glicemia (diabetes gestacional), pruebas serológicas (descarte de sífilis, HIV, rubéola, toxoplasmosis, y otras infecciones de interés en las que presentarán riesgo). Examen completo de orina: en busca de infección urinaria o albuminuria (Hipertensión Inducida por el Embarazo). Prueba citológica (Papanicolaou), para descartar cáncer de cuello uterino. Ecografía obstétrica, aconsejable antes de las 12 semanas, permite establecer la edad gestacional con mayor precisión y el descarte de embarazo múltiple.

### **Abandono al Control Prenatal**

Toda gestante está en la obligación de realizarse no menos de 6 controles prenatales, de forma precoz, periódica y completa, los estudios indican que el elemento más adecuado para el control prenatal es iniciarlo lo más precozmente posible. Cuando estos elementos se realizan de forma parcial, como por ejemplo tener menos de 6 controles, se produce un evento denominado abandono al control prenatal, Cáceres (Cáceres, 2009) identificó que sólo el 63% de las embarazadas en África, 65% en Asia y 73% en Latinoamérica asisten al menos a una consulta de control prenatal, con una media de 4 controles. Von Waldenfels y colaboradores (Waldenfels et al., 1992) encontraron un 30% de encuestadas que no acudieron al control prenatal, el 70% había tenido entre una a más controles prenatales, el promedio de controles fue de 6.

Entre los factores identificados tenemos:

### **Factores sociales al abandono al control prenatal**

Somos diferentes porque vivimos en contextos sociales diferentes, por ello la sociedad compleja genera algunos elementos que pueden influenciar en el control prenatal, por lo que los factores sociales identificados al abandono al control prenatal son: soltera sin pareja estable, dificultad de permisos en el trabajo, desempleo, ocupación manual, poco apoyo de la familia, primaria incompleta, ambiente inadecuado para la consulta prenatal, dificultad por quehaceres domésticos, residir en barrio marginal, domicilio lejano del lugar de atención, ser migrante y maltrato familiar.

- **Soltera sin pareja estable.** En Haití se determinó que los controles prenatales aumentan cuando se sabe que viven con su pareja, (90% en el área rural y 82,9% en el área urbana), incluso se ha determinado que uno de los factores asociados para la utilización del control prenatal fue la educación secundaria de la pareja (OR= 2,6) (Kébreau, Saint-jean, Crandall, & Fevrin, 2005). (Cáceres, 2009) identificó que la falta de pareja estable se asocian al abandono al control prenatal. En México (Tamez-gonzález, Valle-arcos, Eibenschutz-hartman, & Méndez-ramírez, 2006) se identificó como factor para menos acceso a la atención prenatal es ser soltera. En Canadá (Heaman, Green, Newburn-Cook, Elliott, & Helewa, 2007) encontraron que las diferencias sociales juegan un papel fundamental en la inequidad del cuidado prenatal, en ese mismo país hay gente con poca educación que dificultan al control prenatal. Faneite y colaboradores (Faneite et al., 2009) identificaron el ser soltera para que el 48,1% tenga inasistencia al control prenatal.
- **Dificultad de permisos en el trabajo.** Cada vez existen más mujeres que se agregan al campo laboral, la salud reproductiva y con ello, la atención materna prenatal y del parto, se legisla en aquellas gestantes que acceden a un trabajo regulado, pero no sería así si el empleo es informal, en nuestro país, el empleo informal o no formal conforma más de la tercera parte, por ello quizá este sea un factor para no continuar con los controles

prenatales. Chavarría (Chavarría, 2006) identificó dificultad para obtener permiso durante el trabajo como factor para abandono al control prenatal. Albrecht (Waldenfels et al., 1992) identificó que el cruce de horario entre la atención prenatal y el horario de trabajo puede ser un factor para inicio tardío del mismo.

- **Desempleo.** Corresponderá cuando el resultado de las actividades realizadas por la mujer no la lleva a obtener alguna retribución económica. Cáceres (Cáceres, 2009) identificó que los bajos ingresos y las barreras financieras se asocian al abandono al control prenatal. En México (Sánchez & Salado, 2012) se identificó la ocupación como factor para menos acceso a la atención prenatal. Faneite y colaboradores (Faneite et al., 2002) encontraron en un grupo que abandonó al control prenatal 35,8% presentaban desempleo y en otro estudio realizado por el mismo autor llegó al 27,3% (Cáceres, 2009).
- **Ocupación manual.** Cano y colaboradores (Cano-Serral, Rodríguez-Sanz, Borrell, del Mar Pérez, & Salvador, 2006) identificaron que aquellas gestantes que trabajaban realizando trabajos manuales tenían menor proporción de visitas prenatales de 6 a más después del primer trimestre.
- **Poco apoyo de la familia.** El ambiente familiar constituye un componente esencial del proceso de atención a la familia, dado que la calidad de la relación funcional, es un factor importante en la salud emocional y física de cada uno de sus miembros (Reyes, Valderrama, Ortega, & Chacón, 2010). Un estudio realizado por Magriples y colaboradores (Magriples, Kershaw, Rising, Massey, & Ickovics, 2008) encontró algunos predictores de utilización del control prenatal, entre ellos figuraron en su análisis de regresión multimodal, la historia de infección de transmisión sexual, uso de marihuana, paridad, raza, apoyo familiar y social en el segundo y tercer trimestre. Chavarría (Chavarría, 2006) identificó que el poco apoyo de la familia es un factor para abandono al control prenatal.

- **Primaria incompleta.** El bajo nivel educativo está más asociado a la utilización o no del control prenatal (Cáceres, 2009). El informe sobre los objetivos de desarrollo del milenio, para Perú indicó que la atención prenatal fue mayor en las madres con autonomía en el hogar (86%) que en las madres con menor autonomía (57%), para el año 2007, el 99% de las mujeres con estudios superiores que se encontraban embarazadas tuvo atención prenatal, mientras que la atención en los embarazos de las mujeres sin educación sólo alcanzó el 57% (Del Valle, Plasencia, Del Valle, Nápoles, & Matamoros, 2010). En Canadá (Heaman et al., 2007) encontraron que las diferencias sociales juegan un papel fundamental en la inequidad del cuidado prenatal, en ese mismo país identificaron a los padres separados, como un factor limitante de la atención prenatal. Faneite y colaboradores (Faneite et al., 2002) encontraron en un grupo que abandonó al control prenatal 45,2% tenía educación primaria.
- **Ambiente inadecuado para la consulta prenatal.** Actualmente los establecimientos de salud del primer nivel de atención están tratando de mejorar su aspecto y renovar su mobiliario, pero ello aun no es suficiente y muchos de los establecimientos aun cuentan con mobiliario no actualizado, debido a los recortes presupuestales, algunos establecimientos tienen mejoras, pero no son aun suficientes. Faneite y colaboradores (Faneite et al., 2002) encontraron en un grupo que abandonó al control prenatal 42,6% identificó como ambientes inadecuados para la consulta como un factor de abandono, en otro estudio realizado por el mismo autor fue del 39,2% (Faneite et al., 2009).
- **Dificultad por quehaceres domésticos.** Las actividades para el cuidado y mantenimiento del hogar como la limpieza, seguridad, orden, entre otros son realizadas en mayor medida por las mujeres, por ello está actividad demanda tiempo en la mujer y más aún si está gestando. Para ello la gestante requiere de organizarse, es decir, ordenar sus tiempos para las actividades que tiene que hacer dentro y fuera del hogar, en alguna medida si ello no se logra, surgen dificultades para la conclusión

de otros compromisos. Chavarría identificó que la realización de los quehaceres domésticos es un factor para abandono al control prenatal (Chavarría, 2006).

- **Residir en barrio urbano marginal.** (Cáceres, 2009) identificó que la baja condición socioeconómica se asocian al abandono al control prenatal. En México (Tamez-gonzález et al., 2006) se identificó como factor para menos acceso a la atención prenatal, mujeres que viven en condiciones de pobreza y que pertenecen a minorías sociales. (Faneite et al., 2002) encontró que el 53,3% que abandonó el control prenatal residía en barrios.
- **Domicilio lejano del lugar de atención.** En México (Tamez-gonzález et al., 2006) se identificó que el lugar de residencia como factor para menos acceso a la atención prenatal. (Faneite et al., 2002) encontraron en un grupo que abandonó al control prenatal 46,4% procedían de un domicilio lejano. Belizan y colaboradores citado por (Waldenfels et al., 1992) indicaron que una de las barreras para acudir a los controles prenatales era la dificultad en el transporte. En otro estudio de (Faneite et al., 2009) volvieron a identificar el domicilio lejano (19,3%) como elemento para inasistencia al control prenatal, en Haití encontraron que la distancia aceptable para realizarse controles fue para llegar al hospital, en promedio de 28 Km en el área urbana y de 9,3 Km en el área rural, y la distancia hacia el centro de salud fue en el área urbana fue de 22,2 km y de 5,9 Km en el área rural (Kébreau et al., 2005).
- **Migrante.** La migración es el acto de desplazarse de un lugar a otro, por razones económicas o sociales. Es la diferencia entre el lugar donde nació y el lugar de residencia de la gestante. Algunas condiciones como las pocas oportunidades educativas, las necesidades económicas, la identificación pueden hacerse más difíciles a las personas migrantes.



- **Maltrato familiar.** También denominado violencia familiar, corresponde al ser tratada mal en palabra u obra por parte de los miembros nucleares de la familia de la gestante, es decir, pareja o hijos. (Rangel, De Souza, & Christoffel, 2006) identificó al maltrato físico o el ejercicio de la violencia por parte del familiar como un factor asociado al abandono al control prenatal.

### **Factores institucionales al abandono al control prenatal**

Son factores propios de la institución de salud, producto de su estructura normativa, organizacional y tecnología con que cuenta para las atenciones prenatales, entre ellos tenemos: trato inadecuado, relación profesional de la salud-paciente insatisfactoria, relación profesional de la salud-paciente impersonal, episodios de maltrato por parte del profesional, poca prioridad para su atención, citas de seguimiento del control prenatal, incoordinación entre servicios para la atención prenatal, tiempo de espera largo, servicios incompletos, gastos para exámenes no disponibles, consulta prenatal de baja calidad y consultorio prenatal difícil de ubicar.

- **Trato inadecuado.** Este factor es considerado un derecho de los pacientes, se define como “trato digno” el cual es el derecho a ser tratados como personas, involucra el respeto a la privacidad e intimidad de las personas y el ser tratadas cordialmente por todo el personal médico y no médico del sistema de salud (Sánchez & Salado, 2012). Igualmente algunas pacientes se quejan de la falta de trato considerado por parte del personal (Cáceres, 2009).
- **Relación profesional de la salud-paciente insatisfactoria.** (Chavarría, 2006) encontraron que el trato inadecuado era un factor para abandono al control prenatal, (Cáceres, 2009) identificó como el maltrato como otro elemento asociado. Belizan y colaboradores citado por Albrecht (Waldenfels et al., 1992) sostienen que una de las barreras que dificultan el acudir a los controles prenatales es el mal trato dado por el personal de salud, así mismo un 20,9% presenta miedo hacia los controles prenatales.

- **Relación profesional de la salud-paciente impersonal.** La relación profesional de la salud-paciente o relación médico-paciente, es una relación interpersonal con connotaciones científicas, éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud. Dentro del marco de la asistencia sanitaria institucional, esta relación es el pilar sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención y es sólo tras alcanzarla que se puede obtener la satisfacción global con el ámbito organizativo de la atención. Es la piedra angular del cuidado médico y eje central del modelo organizativo de la asistencia sanitaria institucional. El tratamiento de una enfermedad o morbilidad puede ser enteramente impersonal; pero el cuidado de un paciente debe ser completamente personal, y por ende de naturaleza multidimensional. Al constituirse el modelo hegemónico biológico, que se centra cada vez más en la enfermedad, medios diagnósticos y terapéuticos, que en el mismo paciente, la distancia entre el paciente y su familia y el médico se incrementa, el paciente sabe cada vez menos y debe confiar cada vez menos en sí mismo mientras que el médico cada vez cuenta con más datos, con mejores medios diagnósticos y terapéuticos, incrementando su capacidad de decisión (modelo paternalista) (Ramalho, 2008). El estudio realizado por (Waldenfels et al., 1992) nos indicó que un 35,9% de las pacientes refieren que el dialogo entre profesional de la salud y paciente es lo más importante, así mismo se identificó que el 69,5% de los controles fueron realizados por médicos ginecólogos y 30,5% por parteras, el trato por los mismos fue catalogado como bueno en la gran mayoría de los casos (94,8%). El mismo estudio indicó que una de las razones por las cuales las pacientes no acudieron a su control prenatal fue por el miedo al examen ginecológico.
- **Episodios de maltrato por parte del profesional.** Posiblemente uno de los elementos clave en la relación profesional de la salud-paciente es lo que corresponde a los episodios de maltrato, ello se debe al carácter paternalista que tiene el modelo de atención médica, ello obliga a los profesionales de salud a desestimar la comunicación como herramienta

de la atención e incluso cuando las diferencias son marcadas pueden ocurrir episodios de maltrato.

- **Poca prioridad para su atención.** En nuestro sistema de salud, es común el tener una norma para la atención y por razones no justificadas saltar la norma en asuntos específicos, si bien es cierto que ello puede ocurrir cuando se encuentra debidamente justificado, a veces, en nuestro sistema de salud, la amicalidad o el tener algún grado de parentesco o recomendación hace que ello se considere suficiente para pasar por la barrera burocrática y ello hace que el sistema no sea confiable, peor aún, si por ese proceso las personas que si esperan por el sistema, terminan sin ser atendidas, ello golpea duramente al sistema de salud y a la adherencia. (Chavarría, 2006) identificó este factor como determinante para no seguimiento del control prenatal.
- **Citas de seguimiento del control prenatal.** La adherencia de la embarazada al control prenatal comprende tanto la asistencia al control, como el cumplimiento de las recomendaciones, la adherencia del personal de salud a los protocolos se ve afectada por el número de pacientes, la falta de medicamentos, insumos y equipos, el poco tiempo para atender a cada paciente, la actitud institucional, la falta de estímulo, la escasa satisfacción profesional, la insuficiente capacitación técnico-científica, la situación económica de las pacientes y la accesibilidad a los servicios de salud. (Chavarría, 2006) identifico que uno de los factores para no cumplimiento de citas de control prenatal era la poca importancia a las citas de seguimiento.
- **Incoordinación entre servicios para la atención prenatal.** Para la adecuada atención de los controles prenatales en el sistema de salud, se requiere del apoyo de otros especialistas e incluso de la confluencia más de una vez al establecimiento de salud para poder cumplir con los análisis y pruebas requeridas para asegurar el bienestar materno fetal. También con el afán de mejorar el nivel de conocimientos y prácticas en la salud materna, puede ser que en una misma gestante tenga reuniones o

citaciones por áreas como Psicoprofilaxis, Psicología, Medicina, Ecografía, Odontología, Laboratorio, entre otros, que puedan surgir en los establecimientos de salud y entre ellos no coordinan un esquema general para así brindar una mejor atención. El estudio de (Waldenfels et al., 1992) identificó este evento como un elemento para iniciar tardíamente los controles prenatales. (Chavarría, 2006) identificó como la inadecuada coordinación entre los diferentes servicios, la alimentación durante la espera y gastos para exámenes no disponibles (laboratorio y ultrasonido) como factores para no seguimiento del control prenatal.

- **Tiempo de espera largo.** El tiempo de espera es uno de los factores que afecta la calidad y la adherencia a cualquier servicio. Sobre todo si el sistema no toma en cuenta ello, el tiempo de espera ha sido medido en tiempos, pero también existe un margen de tolerancia cualitativo permitido por cada gestante, cuando ese margen de tolerancia es sobrepasado, se considera que el tiempo de espera para la consulta prenatal es largo. El estudio de (Waldenfels et al., 1992) identificó este evento como un elemento para iniciar tardíamente los controles prenatales, así mismo indicaron que el horario se cruzaba con el horario de trabajo y el horario de atención. (Chavarría, 2006) identificó este factor como elemento para no cumplimiento del control prenatal.
- **Servicios incompletos.** Se refiere a cuando la paciente percibe que no ha recibido toda la atención que esperaba o por razones de la organización del sistema de salud, cuando se había planeado tener una consulta prenatal está se programó, pero finalmente no se realizó.
- **Gastos para exámenes no disponibles.** Según norma en el Perú, los controles prenatales son gratuitos para las gestantes en todo el territorio nacional, se cubre a través del Seguro Integral de Salud (SIS) (Ministerio de Salud, 2011), este seguro en general depende en un inicio que la prestación se realice, utilizando los recursos necesarios para ello, y luego el seguro pagará esa contraprestación al establecimiento de salud, en ese proceso lo que existe es que por obstáculos administrativos algunos

costos no son cubiertos y en algunas oportunidades no se ha desembolsado por la prestación y los insumos no son recuperados, ocasionando en cierta medida que en algunos tiempo, no haya el servicio respectivo, para ganar celeridad y por urgencia algunas usuarias deciden conseguir los servicios que faltan por vía particular o en su defecto solventarlas en los establecimientos. (Chavarría, 2006) identificó este factor como elemento para no continuar con la atención prenatal o que los gastos sean cubiertos parcialmente.

- **Consulta prenatal de baja calidad.** (Faneite et al., 2009) identificó este factor en el 29,8% de gestantes que inasistieron a la consulta prenatal. Partiendo del principio de las dimensiones de la calidad, entonces, el control prenatal también refleja dimensiones de su calidad, entre ellas tenemos: **Competencia profesional.** La calidad de los servicios en la atención primaria de salud depende de muchos factores y está directamente vinculada con la competencia del equipo sanitario que brinda asistencia y los resultados alcanzados por estos en la mejoría del estado de salud de la población. De hecho, resultó adecuado el nivel de competencia profesional y se observó satisfacción por parte de las embarazadas con la atención médica recibida (Del Valle et al., 2010). Las competencias profesionales son el pilar fundamental de toda actividad en salud, como servicio, existe la necesidad de señalar que los objetivos del control prenatal son diferentes desde el punto de vista de la usuaria y del prestador de salud, para la primera busca diagnósticos certeros, consejos adecuados y celeridad, en cambio en el profesional son la identificación del problema, el manejo adecuado y la certeza clínica, aunado a ello las labores administrativas propias de la atención. En cuanto al manejo obstétrico se esperan competencias en el manejo de la salud materna desde el punto de vista biológico está la evaluación fisiológica, semiológica, farmacológico y patología obstétrica, desde el punto de vista social está la evaluación de la familia y su entorno, desde el punto de vista psicológico la identificación de la salud mental. En Cuba un estudio evaluó la competencia profesional de los profesionales en el control prenatal por un grupo de expertos, los cuales calificaron que los

profesionales superaban los estándares en un 90%, otros resultados fueron, el cumplimiento del horario de consulta (93,0%), el tiempo suficiente dedicado por los médicos (96,0%) fueron evaluados como adecuados (Del Valle et al., 2010). Otra investigación, efectuada en México con embarazadas, mostró que 62% de las mujeres entrevistadas consideraban que el trato profesional en la consulta prenatal no fue del todo bueno. Jasis, citado por (Camarena & Von Glascoe, 2007) ha señalado que con frecuencia se observa en los servicios de salud reproductiva en México que sólo el “experto” (el proveedor de servicios) es quien identifica, describe, asume y pretende resolver las necesidades de las usuarias, a quienes se les considera elementos vacíos de conocimiento “científico”. El protagonismo de las usuarias queda imperceptible para los prestadores, ya que el ejercicio del poder se da en forma vertical y crea un marco de poder-subordinación que refleja un tipo de relación profesional-usuaria inequitativo. La relación entre la mujer y el profesional se caracteriza por la falta de diálogo, la asimetría y el reforzamiento del poder profesional. Este tipo de situación va en contra de la generación de un proceso de retroalimentación y el reconocimiento de las necesidades que tienen las mujeres de recibir información sobre su estado de salud y la aclaración de dudas sobre las indicaciones médicas. Respecto de los indicadores sobre la atención prenatal declarados por las embarazadas, se observó en forma general que ellas presentan una predilección porque las traten con “interés” y “respeto”; un trato que vislumbre el “interés de los profesionales por sus emociones y sentimientos”. Otra de las necesidades expresadas fue la de recibir “orientación plena en cuanto a los cuidados” La satisfacción de la usuaria depende de factores individuales, de la calidad del servicio y tecnología disponible, del entorno familiar y del contexto social en el que se desarrolla la interacción entre el usuario y el servicio de salud. El Proyecto 2000 (Seclen-palacín, Benavides, Jacoby, & Velásquez, 2004) constituyó una iniciativa para mejorar la salud materna y neonatal en zonas críticas, los factores asociados a la satisfacción de la usuaria. Se aprecia que el trato del personal (razón de posibilidades [RP] = 7,2; IC 95%: 4,0%-12,9%), la información que la usuaria recibe durante el

control prenatal (RP = 5,0; IC 95%: 2,2%-11,1%) y la satisfacción de las expectativas (RP=3,4; IC95% 1,6-6,9%). Posiblemente una de los aspectos menos estudiados sea la satisfacción de las embarazadas, es el grado de cumplimiento de sus expectativas (Ministerio de Salud, 2008). En relación a la calidad técnica: la mayoría de los usuarios internos no tienen la competencia adecuada para brindar un servicio con todos los criterios de calidad requeridos por las Normas del Ministerio de Salud. En la mayoría de las historias clínicas se identificó adecuadamente el problema, se registró y se indicaron las acciones respectivas. En cuanto a la calidad técnica la mayoría no cuenta con la experiencia suficiente para garantizar el adecuado cumplimiento de las técnicas de control prenatal (Noguera & Dueñas, 2011). Un estudio realizado en Brasil sobre las dificultades vividas por las enfermeras en el inicio de la vida profesional, en actividades relacionadas por la atención prenatal, se encontró que la auscultación del latido cardiaco con Doppler y la visita domiciliaria fueron de dificultad (92%) al inicio de sus actividades, la mensuración uterina y el cálculo de la fecha probable de parto en un 84%, las prácticas educativas y la inspección de las mamas lo fue en un 80%, el registro de las información proveniente del embarazo, así como las indicaciones de higiene prenatal fue de un 76%, siendo las actividades de educación sexual que arrojó mayor dificultad en realizar (52%) (Geromel, Mendoca, & Villela, 2006). La utilización adecuada del control prenatal, se asemeja a la definición que da Andersen respecto del acceso real, midiendo ya no solo el contacto con los servicios de salud sino también los resultados de dicho contacto en términos de satisfacción del usuario y la mejoría en su estado de salud. El control prenatal tiene en este sentido una particularidad, dado que el máximo potencial de esta intervención esta en relación con la detección temprana de alteraciones de la gestación y su tratamiento y el desarrollo de actividades de promoción y prevención destinadas al binomio madre-hijo; y que existe una correlación positiva entre el promedio de controles y el logro de la efectividad del control (Castro, 2009). Una revisión realizada por Villar referente a la satisfacción del control prenatal comparando 8 consultas prenatales contra 4, encontró diferencias en cuanto a la frecuencia de preguntas

respondidas/dudas atendidas, duración de la consulta y elección del mismo programa (Villar et al., 2007). **Eficacia.** El seguimiento del embarazo de bajo riesgo, debería realizarse bajo el esquema de atención primaria, en España han concluido que la efectividad clínica de la atención prenatal a las mujeres de bajo riesgo, de atención proporcionada por el profesional de familia y la matrona es similar a la prestada por los especialistas en ginecología y obstetricia, generando una mayor satisfacción y tiene una mejor relación costo-efectividad (Maderuelo et al., 2006). **Seguridad.** Así como también: ausencia, en las consultas, de personas ajenas al paciente (94,0 %); aislamiento adecuado en términos de privacidad, no empleo de palabras engorrosas o muy científicas (92,0%) y preocupación por la paciente (92,0%) como aspectos tomados en cuenta para determinar la satisfacción de las grávidas con los servicios recibidos (Del Valle et al., 2010). Von Waldenfels y colaboradores (Waldenfels et al., 1992) en su estudio realizado en Uruguay identificó razones para ocurrencia al control prenatal entre ellas encontró la seguridad, para saber si la salud del feto eran normal, otra razón indicada fue porque correspondía, se indicó que era por norma pues porque los controles sirven para el bienestar del feto y del recién nacido. Otra razón identificada fue por molestias relacionadas al embarazo durante el segundo y tercer trimestre como contracciones, dolor y sangrado (Waldenfels et al., 1992). **Accesibilidad.** Existen varios enfoques frente al tema de utilización y acceso, Donabedian define la accesibilidad en términos de cómo los servicios responden a las necesidades de la población, valorando aspectos relacionados con los servicios de salud (socio-organizacionales) y las restricciones geográficas y centrándose en el análisis de las percepciones de necesidad de los individuos. Para Frenk, la accesibilidad es la resultante de la interacción de los obstáculos para obtener los cuidados y las capacidades de las poblaciones para superar estos obstáculos (Castro, 2009). El informe de Amnistía Internacional indicó que hay que incrementar el acceso de las gestantes a servicios de atención prenatal de calidad. Muchas veces la información que se proporciona se expresa en un lenguaje técnico incomprensible para gran parte de las mujeres. Además, los proveedores de la atención médica



pocas veces se esfuerzan por confirmar si las usuarias comprenden las instrucciones que ellos proporcionan (Camarena & Von Glascoe, 2007).

**Comodidades.** En Cuba, un estudio de evaluación de la calidad del control prenatal, con los criterios estructura, proceso y resultados, encontraron que en la estructura rebasaron el estándar establecido de 90% y alcanzaron la calificación de adecuados: el estetoscopio de Pinard, local adecuado, mesa multipropósito, pesa para adultos en buen estado, cinta métrica y cuadro de evaluación nutricional (100%) (Del Valle et al., 2010). Las madres que conviven en pareja presentan mayores tasas de asistencia calificada al parto, parto institucional y atención posnatal a medida que la madre adquiere un mayor nivel educativo, las tasas de atención prenatal, al parto y posnatal se incrementan. No advierten diferencias significativas entre la condición de ocupada y no ocupada de la madre frente al uso de los servicios de salud materna, sólo en el caso de la asistencia antes del parto, las madres ocupadas presentan un mayor uso de estos servicios frente a las madres no ocupadas. Cuando las madres toman la iniciativa sobre su cuidado en salud se presentan mayores tasas de asistencia en el uso de servicios de salud materna. Si las decisiones sobre el cuidado de salud de la madre las toma otra persona distinta al compañero, las tasas de atención son más altas que si las tomara sólo el compañero, esto podría verse explicado por el hecho de que en muchas ocasiones esa “otra persona” es la madre de las mujeres, y éstas acuden a la experiencia que poseen sus madres sobre los cuidados que una mujer debe tener en la etapa pre y posparto. Las madres que tienen acceso a un televisor presentan en promedio 20 puntos porcentuales más de asistencia a los servicios de salud materna. Las madres que tienen una mejor condición económica, presentan mayores tasas de atención prenatal, al parto y posnatal óptima y calificada. A excepción de la asistencia posnatal, las madres que residen en zonas donde existe una mayor oferta de instituciones de salud privadas, usan en mayor medida los servicios de atención materna profesional, que aquellas que viven en zonas con mayor oferta de instituciones de salud (Ministerio de Salud, 2008). En la calidad de la atención médica a partir de los procesos: el tiempo de espera promedio antes de la consulta fue mayor de

una hora convirtiéndose en el principal obstáculo identificado por las usuarias, al igual que la falta de oportunidad de recibir educación en salud. Los tiempos de espera, la inadecuada higiene de algunas áreas de servicio, el desconocimiento de los signos y síntomas de riesgo y la falta de medicamentos fueron los principales elementos que impiden que las usuarias estén satisfechas con la atención prenatal, las condiciones de comodidad, la inadecuada higiene de los servicios higiénicos, fue identificado por las usuarias como obstáculos para una atención de calidad, el tratamiento incompleto y el desconocimiento de los signos y síntomas de riesgo del embarazo, fue identificado por las usuarias como obstáculos para una atención de calidad (Noguera & Dueñas, 2011). Espinoza en Brasil encontró factores asociados a llevar más de 6 controles prenatales, entre ellos tenemos el tener mayor años de estudios, estar casada y terminar su parto con feto a término (Espinoza, Trindade, Hoffmann, Fernandes, et al., 2010).

- **Consultorio prenatal difícil de ubicar.** Entre los factores asociados a la baja adherencia al control prenatal se encuentran: la edad, los bajos ingresos, la multiparidad, el bajo nivel educativo, la baja condición socioeconómica, la falta de pareja estable, las barreras financieras, no tener seguro de salud y el maltrato físico. Un estudio encontró que las gestantes de clase alta realizan mejor control prenatal, algunas incluso con excesiva medicalización. En una posterior evaluación, se evidenció que mujeres de clase baja asisten a menos de 6 controles prenatales, con inicio tardío y tienen menor probabilidad de realizarse exámenes, tomar ácido fólico y planificar el embarazo, mientras que las de clase alta acuden a más de 12 controles y se realizan más de tres ecografías, en promedio. Otro punto importante para la adherencia a los programas, es la participación de la comunidad (Cáceres, 2009). (Waldenfels et al., 1992) encontró que en un 25% de las pacientes indicaron que una barrera para acudir al control prenatal son los costos del transporte. Según la norma técnica NTS N° 063 del (Ministerio de Salud, 2008) se considera un “Factor determinante” en la gestante cuando su acceso geográfico al establecimiento de salud es en un tiempo mayor a dos horas.

## Factores personales

La persona juega un rol dentro de la sociedad, dependiendo de su nivel social y cultural, existen elementos internos y externos que influyen en la toma de decisiones del individuo, aunado a la motivación y razones específicas, las personas deciden realizar una u otra actividad, por lo que existen factores propios de la persona que pueden asociarse al abandono al control prenatal: poco apoyo de la pareja, importancia del control prenatal, miedo al examen ginecológico, olvido de las citas de control prenatal, dificultad para el cuidado de los hijos, edad extrema, multiparidad, embarazo no planificado, poco tiempo de la consulta y desconocimiento sobre el control prenatal.

- **Poco apoyo de la pareja.** La atmósfera relacional en la familia de origen viene definida fundamentalmente por dos dimensiones que representan: a) la manera cómo interactúan entre sí las personas que ejercen las funciones parentales (generalmente, la pareja parental); o conyugalidad. Si la pareja parental se separa o divorcia, la conyugalidad no se extingue, sino que se transforma en post-conyugalidad, que continúa definiendo la manera en que los ex-cónyuges negocian los asuntos que siguen teniendo en común, y sobre todo la gestión de los hijos. Conyugalidad y post-conyugalidad se inscriben en una dimensión bipolar, entre la armonía y la desarmonía (Báñez, Linares, Vilaregut, Virgili, & Campreciós, 2012). En cuanto a la salud materna, es la pareja la directamente involucrada en el sostenimiento y desarrollo de la gestante tanto psicológicamente como social, cuando este punto se quiebra, existe la posibilidad de no apoyo en el cuidado de la salud de la pareja.
- **Importancia del control prenatal.** (Chavarría, 2006) identificó que uno de los factores asociados al no cumplimiento de las citas de seguimiento del control prenatal fue la poca importancia al mismo, así como a las citas de seguimiento, así mismo las actitudes de desánimo también se asocian a este factor. Faneite y colaboradores (Faneite et al., 2009) identificaron este factor, lo encontró en el 48,8% de las que inasistieron.

- **Miedo al examen ginecológico.** Toda actividad que considera la inspección de una gestante puede llegar a sentimientos de angustia y aprensión, que lleva a presentar temor, sobre todo si los procedimientos a realizar son considerados dolorosos.
- **Olvido de cita de control.** El olvidar consiste en dejar de tener en la memoria las citas de control, no teniéndolo en cuenta. Las citas de seguimiento son indicadas verbalmente en cada consulta prenatal y son escritas en una sección específica dentro del carné perinatal, con la finalidad de que la gestante cuando vuelva con el carné tenga presente la fecha, pero esto depende de si la gestante acude a su cita de control con el carné respectivo o puede pasar el caso que por algún motivo no lo tiene y tiene que volverse a generar el documento. (Chavarría, 2006) identificó el olvido de las citas como factor para abandono al control prenatal.
- **Dificultad para el cuidado de hijos.** (Chavarría, 2006) identificó que el cuidado de los niños, de la casa como factor para abandono al control prenatal. Von Wandenfelsd (Waldenfels et al., 1992) en su estudio realizado en Uruguay encontró que un 30,5% de las pacientes que no acudieron a su control prenatal fue porque no tenían a quien dejar al cuidado de sus hijos, así mismo se encontró diferencias para acudir al control prenatal en aquellas que tienen hijos menores de 3 años con aquellas que tenían hijos mayores de esta edad.
- **Edad extrema.** Los extremos en la vida reproductiva de la mujer son considerados de riesgo. Una mujer que decide quedar embarazada a una edad mayor o igual a los 35 años, se considera gestante de riesgo para la salud materna y la salud del niño. (Tamez-gonzález et al., 2006) identificó que cuando las pacientes se encuentran en los extremos de la vida reproductiva tienen mayor probabilidad de tener menos acceso a la atención prenatal.

- **Multiparidad.** Se considera a una gestante múltipara a aquella que ha presentado 5 o más partos, en un estudio que tomó datos de 29 hospitales del Ministerio de Salud del Perú, se determinó que el 9,9% de las gestantes presentaban multiparidad (Ticona & Huanco, 2011), (Tamez-gonzález et al., 2006) identificaron a la multiparidad como un factor de menos acceso a la atención prenatal.
- **Embarazo no planificado.** Las mujeres que tuvieron un embarazo no planeado tuvieron una probabilidad significativamente mayor que las mujeres que habían planificado su embarazo, de haber recibido una atención prenatal inadecuada (OR: 2,0). También, el no vivir con el padre del hijo (OR:2,8) y la insatisfacción con el embarazo (OR:2,1) estuvieron asociados con el uso inadecuado de la atención prenatal. Las mujeres que estaban teniendo su segundo parto o un parto de mayor orden tuvieron una probabilidad significativamente mayor de reportar un uso inadecuado de la atención prenatal que las mujeres que estaban teniendo su primer parto (OR:3,9-9,0). El ingreso familiar estuvo inversamente asociado con una atención inadecuada (Bassani et al., 2009). Muchos estudios indican que las probabilidades de eventos adversos en el embarazo, parto y posparto se incrementan cuando se tiene un embarazo no deseado (Waldenfels et al., 1992).
- **Poco tiempo de consulta.** Es la cantidad de tiempo efectivo que tiene la gestante para su consulta prenatal, en normas del Ministerio de Salud se ha denominado “Rendimiento hora/médico” que significa la cantidad de tiempo que un médico tiene para atender pacientes por hora, para hospitales categoría II-1 el rendimiento hora médico es 5, es decir, en una hora el médico puede atender a 5 pacientes, ello da como resultado que cada paciente puede tener hasta 12 minutos para su atención (MINSA). La Guía Clínica de atención en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal señala que para la primera consulta prenatal su duración debe de ser 20 minutos, y las siguientes consultas deben durar no menos de 15 minutos (B. Hernández et al., 2003; Ministerio de

Salud, 2010). Faneite y colaboradores (Faneite et al., 2009) identificó este factor en el 23,2% de pacientes que inasistieron al control prenatal.

- **Desconocimiento sobre el control prenatal.** Corresponderá a la falta de conocimiento por parte de las pacientes de la existencia de las actividades del control prenatal, una vez que ésta está embarazada. (Cáceres, 2009) identificó que el desconocimiento sobre las ventajas del control prenatal se asocian al abandono al control prenatal. (Faneite et al., 2002) encontraron en un grupo que abandonó al control prenatal 57,6% desconocía sobre la importancia del control. Belizan y colaboradores citado por (Waldenfels et al., 1992) sostienen que una de las barreras para acudir al control prenatal es tener poca información sobre los controles prenatales.

## CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

**3.1. Tipo de estudio:** Prospectivo, transversal, analítico, cuantitativo

**3.2. Diseño:** Estudio de casos y controles donde se asignaron a 662 gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, divididas en 331 pacientes con abandono al control prenatal (casos) y 331 pacientes sin abandono al control prenatal (controles), pareadas según fecha de atención del parto y sexo del recién nacido, a los cuales se aplicó el instrumento de recolección de datos que indagó datos generales y factores de abandono al control prenatal: social, institucional y personal. Posteriormente toda la información se procesó en una base de datos en Microsoft Excel y analizó a través del programa estadístico SPSS versión 20 a través de estadísticas descriptivas e inferenciales con pruebas de hipótesis significativos a un nivel de significación estadístico  $p < 0,05$ ; para la determinación de las asociaciones se utilizó el OR, con sus intervalos de confianza al 95%, regresión logística binaria y múltiple con un nivel de significación estadística  $p < 0,05$ .

**3.3. Área de Estudio:** El Instituto Nacional Materno Perinatal, es una institución perteneciente al Ministerio de Salud ubicado en el Cercado de Lima en el distrito y capital de la República del Perú, la institución tiene la categoría III-2, de máxima complejidad en el área materna y perinatal, atiende casos propios de su jurisdicción y es centro de referencia a nivel nacional, atiende a pacientes de escasos recursos tanto en el área materna, como la perinatal.

### **3.4. Población y muestra**

#### **3.4.1. Población**

Los casos correspondieron a pacientes atendidas para su parto en el Instituto Nacional Materno Perinatal en la cual acudieron o no a sus controles prenatales que cumplieron con los siguientes criterios de selección

##### Criterios de inclusión

###### Para los casos

- Acepte participar en el estudio
- Embarazo normal
- Edad mayor a 19 años
- Abandono al control prenatal (1- 5 controles prenatales)
- Parto atendido en el establecimiento
- Recién nacido vivo
- Fecha de atención  $\pm$  1 día del control
- Sexo del recién nacido similar al control

###### Para los controles

- Acepte participar en el estudio
- Embarazo normal
- Edad mayor a 19 años
- Control prenatal mayor a 6
- Parto atendido en el establecimiento
- Recién nacido vivo
- Fecha de atención  $\pm$  1 día del caso
- Sexo del recién nacido similar al caso

##### Criterios de exclusión

###### Para casos y controles

- Impedimento del habla
- Registros de historia incompletos
- Traslado de puérpera



El tiempo de la recolección de la muestra se inició el 5 de julio y terminó 28 de diciembre de 2011

### 3.4.2. Muestra

**Unidad de análisis:** gestantes

**Tamaño de la muestra.** Se determinó el promedio de la prevalencia de los factores a estudiar encontrados en la literatura, la prevalencia para los casos fue de 39% ( $p_1$ ), para la determinación de la prevalencia en los controles se aplicó la prevalencia máxima esperada  $p_2 = 50\%$  con una confianza del 95% ( $Z_\alpha$ ) y un poder del 80% ( $Z_\beta$ ) aplicando la fórmula para estudios analíticos:

$$n = \frac{[Z_\alpha \sqrt{2p(1-p)} + Z_\beta \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Confianza ( $Z_\alpha$ )	95,0%	1,960
Poder ( $Z_\beta$ )	80,0%	0,800
$p_1$ casos	39,0%	0,3935
$p_2$ controles	50,0%	0,5000
Promedio p		0,4468
Casos		331
Controles		331
Tamaño de muestra total		662

Se obtuvo una muestra mínima de 662 participantes, divididos en 331 casos (pacientes con abandono al control prenatal) y 331 controles (pacientes sin abandono al control prenatal)

**Tipo de muestreo:** Se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia pareado por sexo de recién nacido y fecha de atención.

### 3.5. Variables

#### Variable dependiente

**Abandono del control prenatal.** Corresponió a toda gestante que ha acudido entre 1 a 5 controles prenatales durante su gestación, en los períodos establecidos, considerándose no abandono cuando los controles prenatales fueron 6 o más.

#### Variables independientes

- **Factores sociales.** Correspondieron a:
  - **Soltera sin pareja estable.** Corresponió cuando la participante no conviva con su pareja y considera que el padre del recién nacido no es su pareja estable.
  - **Dificultad de permisos en el trabajo.** Corresponió a si la participante manifestó que tiene dificultades para pedir permiso en el trabajo por asuntos de atención de su gestación.
  - **Desempleada.** Corresponió cuando la participante ha trabajado antes o durante su gestación, pero actualmente se encuentra sin trabajo.
  - **Ocupación manual.** Corresponió si la participante trabaja, en alguna actividad manual o que lo realiza exclusivamente con las manos, incluye las artesanías, bordados, limpieza, entre otros.
  - **Poco apoyo de la familia.** Corresponió si la participante manifestó que durante la presente gestación recibió escaso apoyo por parte de la pareja, padres, hermanos, hijos o primos.

- **Primaria incompleta.** Correspondió cuando la participante no haya concluido sus estudios primarios, es decir hasta el sexto grado de primaria identificado en historia clínica o manifestado.
- **Ambiente inadecuado para la consulta.** Correspondió cuando la participante consideró que alguna vez no asistió a la consulta prenatal por considerarlo inoportuno para la realización en el consultorio.
- **Dificultad por quehaceres domésticos.** Correspondió cuando la participante manifestó tener problemas para atenderse su gestación por tener actividades de limpieza, mantenimiento de asuntos hogareños o propios de la casa.
- **Residir en barrio marginal.** Correspondió cuando la participante vivía en una localidad en la periferia de la ciudad con los cuales no cuenta con servicios básicos de agua, desagüe o luz, o cuando su localidad haya sido denominada “barrio marginal”.
- **Domicilio lejano del lugar de atención.** Correspondió cuando la participante percibió que el recorrido entre su vivienda y el lugar de atención es distante.
- **Migrante.** Correspondió al a diferencia entre el lugar de nacimiento y el lugar de residencia, si el mismo no era Lima, se consideró migrante.
- **Maltrato familiar.** Correspondió cuando la participante identificó que ha sido maltratada física, psicológica, sexual o económicamente por cualquier familiar con el cual habita en su casa, puede ser conyugue, padres, hermanos, primos u otros, antes o durante su gestación.

- **Factores institucionales.** Correspondieron a:
  - **Trato inadecuado.** Correspondió a la identificación por parte de la participante de que alguna vez haya dejado de asistir a la consulta prenatal porque consideró que la interacción con ella fue poco amable.
  - **Relación profesional de la salud-paciente insatisfactoria.** Correspondió a la identificación de la participante de que haya dejado de acudir a su consulta prenatal porque consideró que la información y la atención en general fue insuficiente.
  - **Relación profesional de la salud-paciente impersonal.** Correspondió a la identificación por parte de la participante de que alguna vez haya dejado de acudir al control prenatal porque consideró que el trato fue frío, distanciado y poco comunicativo.
  - **Episodios de maltrato por parte del profesional.** Correspondió a la identificación por parte de la participante de si alguna vez dejó de acudir al control prenatal porque recibió maltrato verbal, físico o psicológico por parte del profesional que la atendió.
  - **Poca prioridad para su atención.** Correspondió cuando la participante dejó de acudir al establecimiento de salud porque consideró que le daban escasa preferencia para ser atendida.
  - **Citas seguimiento del control.** Correspondió cuando la participante ha dejado de asistir a alguna consulta prenatal porque no estaba registrada la fecha de la cita para el siguiente control.

- **Incoordinación entre servicios para atenderla.** Correspondió cuando la participante alguna vez dejó de acudir al control prenatal porque hubo cruce de horarios, turnos o de los diferentes servicios ofrecidos para su salud materna, sin coordinar su tiempo y disponibilidad.
- **Tiempo de espera largo.** Correspondió cuando la participante alguna vez dejó de asistir a alguna consulta prenatal porque consideraba que esperaba mucho tiempo para ser atendida.
- **Servicios incompletos.** Correspondió cuando la participante alguna vez dejó de asistir a la consulta prenatal porque en las anteriores consultas no le dieron todos los servicios que le ofrecieron o esperó y no fue atendida ese día.
- **Gastos para exámenes no disponibles.** Correspondió cuando la participante dejó de acudir al control prenatal porque tenía que gastar por algunos exámenes auxiliares que el establecimiento no tenía o fueron recomendados por personal del establecimiento de salud a realizárselo en otro lado.
- **Consulta prenatal de baja calidad.** Correspondió a la identificación de los elementos de la calidad del control prenatal, las cuales fueron: competencia profesional, eficacia, seguridad, accesibilidad y comodidades considerándose inadecuado cuando el puntaje de la escala fue menor a 46,5 puntos.
- **Consultorio difícil de ubicar.** Correspondió cuando la participante manifestó que alguna vez dejó de acudir al control prenatal porque consideró que tenía dificultades para ubicar el consultorio prenatal dentro del establecimiento de salud.

- **Factores personales**

- **Poco apoyo de la pareja.** Correspondió a la identificación por parte de la participante de que alguna vez haya dejado de acudir al control prenatal porque no sintió ser respaldada por su pareja al respecto.
- **Importancia del control prenatal.** Correspondió a la identificación por parte de la participante de que alguna vez haya dejado de acudir al control prenatal porque lo consideró que este no era importante para su salud materna.
- **Miedo al examen ginecológico.** Correspondió a la identificación por parte de la participante de que alguna vez haya dejado de acudir a la consulta prenatal porque presentó temor al examen médico ginecológico.
- **Olvido de la cita de control.** Correspondió a la identificación por parte de la participante de que alguna vez haya dejado de acudir a la consulta prenatal porque no se acordó que tenía cita de control.
- **Dificultad para el cuidado de los hijos.** Correspondió a la identificación por la participante de que alguna vez haya dejado de acudir al control prenatal, porque no pudo encontrar alguien que se quede al cuidado de sus hijos mientras la atendían.
- **Edad extrema.** Correspondió a la identificación en la historia clínica de una edad igual o mayor a 35 años.
- **Multiparidad.** Correspondió a la identificación en la historia clínica de si la participante presentó 5 o más partos.

- **Embarazo no planificado.** Correspondió cuando la participante manifestó querer quedar embarazada, pero el mismo no fue en el momento previsto.
- **Poco tiempo de la consulta.** Correspondió cuando la participante dejó de acudir al control prenatal porque consideró que durante la consulta le dedicaron poco tiempo en su atención.
- **Desconocimiento del control prenatal.** Correspondió cuando la participante manifestó que alguna vez no acudió al control prenatal porque desconocía de las ventajas del mismo

#### **Variables control**

- **Día de atención.** Correspondió al de la atención del parto, la cual pudo utilizarse para proceso de apareamiento en  $\pm 1$  día.
- **Sexo del recién nacido.** Correspondió al sexo identificado al nacimiento, pudiendo ser varón o mujer.

### **3.6. Técnicas e instrumentos**

**Técnicas.** Se aplicaron dos técnicas, la primera consistió en la técnica de investigación documental (Rojas, 2011) de la historia clínica y el Carné Perinatal para la verificación del control prenatal. La segunda técnica correspondió a la entrevista estructurada (Fernández, 2005) a la paciente para indagación de los factores.

#### **Instrumentos de recolección de datos**

- **Criterios de Selección CS (Anexo 1).** Correspondió al formulario que determinó los criterios de inclusión y exclusión para el estudio, este fue aplicado tanto para los casos, como para los controles.

- **Consentimiento informado** (Anexo 2). Correspondió al formulario que dejó constancia del proceso de consentimiento informado, para ello se tomaron los criterios de las Patas Éticas internacionales (Lolas & Quezada, 2003; Oliva, Bosh, Carballo, & Fernández-Britto, 2001).
- **Formulario DG** (Anexo 3). Correspondió a los elementos de identificación datos generales, se incluyeron 25 ítems, divididos en cuatro áreas, las primeras 7 son para datos generales, 7 ítems para datos obstétricos, 4 ítems para datos reproductivos y 5 ítems para datos del recién nacido.
- **Formulario ACPN** (Anexo 4). Correspondió al formulario que determinaba los Factores al abandono al control prenatal. Constó de 29 ítems de respuesta dicotómica (Si/No) que evaluaba 3 factores. Factor social (11 ítems), factor institucional (10 ítems), factor personal (9 ítems). Para la determinación de la variable calidad inadecuada del control prenatal, fue a través de puntajes de la escala de calidad y para la determinación de la variable migrante, se consideró a la diferencia entre el lugar de nacimiento y el lugar de residencia, si esta no fue Lima, entonces se consideró migrante. El instrumento fue construido partiendo de la revisión de la literatura disponible, luego se realizó juicio de expertos para la validez de contenido, así mismo se aplicó un estudio piloto, donde se determinó a través del análisis factorial por componentes principales, las dimensiones a estudiar para la validez de constructo, finalmente se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,801 para la determinación de la confiabilidad (Anexo 7).
- **Formulario QCPN** (Anexo 5). Correspondió a la Escala de Calidad del control prenatal. Constó de 13 ítems, de respuesta tipo likert (definitivamente no = 1, probablemente no = 2, ni si, ni no = 3, probablemente si = 4 y definitivamente si = 5, divididos en cinco factores, tomado los criterios de DiPrete y colaboradores (DiPrete, Miller, Fafeh, &



Hatzell, 2009) para la determinación de la calidad de la atención en los servicios de salud, las cuales fueron: competencia profesional (2 ítems), eficacia (1 ítem), seguridad (2 ítems), accesibilidad (2 ítems) y comodidades (6 ítems), así mismo se realizó juicio de expertos para la validez de contenido. Se realizó un estudio piloto se aplicó análisis factorial por componentes principales para la determinación de la validez de constructo. Para la determinación de la validez de criterio se aplicó la curva ROC, en la sumatoria de los ítems, que iban entre 13 a 65 puntos, con un punto de corte de 46,5 puntos para indicar calidad del control prenatal con una sensibilidad del 68% y una especificidad del 44%. Para la determinación de la confiabilidad del instrumento se aplicó el coeficiente alfa de Cronbach la cual arrojó una correlación de 0,703 para el instrumento (Anexo 8).

### 3.7. Procedimientos

- **Permisos.** Inicialmente se solicitó permisos a la Dirección General del Instituto Nacional Materno Perinatal, se envió el proyecto de investigación el cual fue revisado por el Comité de Evaluación Metodológica y Estadística y por el Comité de Ética del Instituto (Anexo 10 y 11).
- **Identificación de casos.** Se identificó pacientes atendidas y ubicadas en el Servicio E puerperio normal del Instituto, para ello se revisaron inicialmente las historias clínicas del servicio para verificar la cantidad de controles prenatales realizados por cada paciente. Se separaron en dos grupos aquellas que hayan tenido controles incompletos (1 a 5 controles prenatales) y aquellas con 6 o más controles prenatales (controles). El proceso de apareamiento comenzó con los casos a los cuales se registró la hora de atención y sexo del recién nacido, buscando su pareja con las de 6 a más controles. Posteriormente se procedió a visitar la cama de cada paciente y hacerle la invitación verbal inicial de la investigación.
- **Consentimiento informado.** Cuando las pacientes accedían, inicialmente se procedió a explicar los objetivos de la investigación, el carácter de

confidencialidad de los datos, se absolvieron interrogantes y finalmente en las que accedieron, se procedió a la firma del Consentimiento Informado (Anexo 2) por duplicado, quedando una para la participante y otra para el archivo.

- **Selección de participantes.** Luego de firmado el consentimiento se procedió a ubicar a la participante en el grupo caso o control, para ello se procedió a aplicar los criterios de selección (Anexo 1), las cuales garantizaron los grupos y el apareamiento de casos y controles.
- **Aplicación del formulario DG.** Tuvo dos momentos, el primero correspondió a datos que tenían que ser respondidas por la participante bajo la técnica de la entrevista estructurada y un segundo momento de datos que fueron recolectados posterior a las entrevistas directamente de la historia clínica (Anexo 3).
- **Aplicación del Formulario ACPN.** Posteriormente se procedió a aplicar el formulario de factores de abandono (Anexo 4) a través de la entrevista estructurada, la cual tuvo una duración de 25 minutos aproximadamente.
- **Aplicación del Formulario QCPN.** Finalmente se procedió a aplicar la Escala de calidad del control prenatal (Anexo 5) a través de la técnica de la entrevista estructurada, la cual tuvo una duración media de 10 minutos.
- **Despedida.** Una vez concluido la entrevista, se procedió a agradecer a la paciente por su participación, indicando que aún se revisarán algunos datos de su historia clínica y se procedió a entregar un tríptico informativo sobre el control prenatal (Anexo 9).
- **Digitación.** Una vez obtenida la información fue digitada en una base de datos en Microsoft Excel, la cual era ingresada diariamente.
- **Archivo.** Toda la documentación fue custodiada por el investigador principal la cual se encuentra ubicada dentro del domicilio del investigador, las cuales se mantendrán por tres años posteriores a la publicación de los datos.

### 3.8. Aspectos éticos

El estudio fue evaluado por el Comité de Ética del Instituto Nacional Materno Perinatal con el número de expediente N° 019218-10 y registro de proyecto N° 069-10 (Anexo 11), la cual fue aceptado para su ejecución el 13 de diciembre de 2010 bajo la carta del Director del Instituto (N° 268-DG-N°958-OEAIDE-INMP-10) (Anexo 10). La presente investigación fue una investigación observacional, por lo que no se precisaron garantías de daños producidos por los procedimientos empleados. Para la recolección de la información se contrató y capacitó a un personal la cual no tenía vinculación con el Instituto, para garantizar la no explotación de las participantes al estudio. Se procedió a explicar verbalmente y luego con información impresa el objetivo el estudio, así mismo se absolvieron interrogantes, en aquellas que no aceptaron participar, se agradeció por el apoyo se indicó que no existiría ninguna represalia por la negativa a la participación, en todo momento se garantizó que su participación era voluntaria, no habría retribución económica al mismo, y en cualquier momento podría retirarse del estudio. Así mismo se indicó que la información a obtener tenía la finalidad de formar parte de una tesis de investigación y que la información sería vertida a la comunidad científica, así mismo se indicó que la información podría ser publicada en estudios posteriores a lo previsto inicialmente, garantizando la confidencialidad de la información. Se indicó también que la selección de cada participante fue de acuerdo al criterio de abandonar a no el control prenatal, y se invitaron a todas las posibles participantes, sin ninguna distinción o favoritismos alguno. Se buscó en todo momento un espacio adecuado y privado donde se pueda recolectar los datos, generalmente fue en la sección de exploración del servicio o al final del área de servicio que tenía un amplio espacio sin camas. La información fue recolectada de forma confidencial, es decir, que solo el investigador principal o personas autorizadas tendrían acceso a información de identificación de las participantes, para ello en el Consentimiento informado figuraba el nombre y apellido de cada participante y el código ID de cada una, pero en los demás formularios y en la base de datos figuran solamente el código ID respectivo.

### 3.9. Plan de análisis

Toda la información fue digitada en una base de datos Microsoft Excel, y analizada por el programa estadístico IBM-SPSS versión 20. Para la confección de los datos generales, en las variables cualitativas se aplicó distribución de frecuencias y porcentajes agrupados por casos y controles, se aplicó el estadístico Chi cuadrado para determinar si hubo diferencias significativas. En los datos obstétricos, número de controles prenatales, datos reproductivos y datos del recién nacido se procedió a obtener estadísticas descriptivas media, desviación estándar y percentiles 25, 50 (mediana) y 75 agrupado por casos y controles, así mismo se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinación de la normalidad de los datos, cuando el valor  $p > 0,05$  se consideró distribución normal y se aplicaron estadísticas paramétricas, cuando el valor resultó menor se aplicó estadísticas no paramétricas U Mann-Whitney para determinar diferencia de medias consideradas significativos si  $p < 0,05$ . Se confeccionó una gráfica de cajas y bigotes para comparar la distribución de la cantidad de controles prenatales agrupados por casos y controles. Así mismo se confeccionó una gráfica para determinar el porcentaje de controles prenatales por consulta prenatal agrupada por casos y controles.

Para la determinación de los factores asociados al abandono al control prenatal, en el análisis bivariado se aplicó la razón de productos cruzados u *Odds ratio* (OR) con sus Intervalos de confianza al 95%, así mismo se aplicó el estadístico Chi cuadrado y prueba Exacta de Fisher cuando las celdas fueron menores a 5 unidades para la determinación de las diferencias entre casos y controles.

Para la determinación de la calidad del control prenatal, se procedió a confeccionar una gráfica de cajas y bigotes del puntaje de la calidad del control prenatal agrupado por casos y controles, así mismo se procedió a determinar el porcentaje de calidad del control prenatal por cada consulta prenatal.

Para la determinación de la asociación entre los factores de abandono al control prenatal y el número de controles prenatales totales y del primer trimestre se

procedió a aplicar la regresión logística múltiple, se determinó  $R^2$  corregida, y ANOVA de regresión y prueba F, se calcularon coeficientes no estandarizados y tipificados y su nivel de significación estadístico, finalmente se confeccionó la ecuación para la determinación de la cantidad total y para el primer trimestre de controles prenatales.

Para la determinación de los factores asociados al abandono al control prenatal, se aplicó un modelo de Regresión Logística Binaria, con el método Condicional hacia adelante, se determinó la confiabilidad del modelo con la Prueba de Hosmer y Lemeshow, se determinó el  $R^2$  de Cox y Snell, y se aplicó curva ROC para garantizar la sensibilidad y confiabilidad del modelo y el área bajo la curva explicada. Así mismo se empleó OR ajustados ORa ( $\text{Exp}(B)$ ) con sus intervalos de confianza al 95% para la determinación del modelo logístico binario para el abandono al control prenatal.

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **RESULTADOS**

Se presenta los datos en seis grandes áreas, la primera se refiere a las características generales, la segunda se analiza los factores sociales asociados al abandono al control prenatal, la tercer parte identifica los factores institucionales asociados, la cuarta parte estudia los factores personales asociados al control prenatal. La quinta parte estudio la asociación entre los factores de abandono y el número de controles prenatales y la sexta, se analiza los factores asociados al abandono al control prenatal.

### **CARACTERÍSTICAS GENERALES**

Encontramos diferencias en la edad entre 19 a 28 años en el grupo caso (58,9%); mientras que en el grupo control fue 52,9%; ( $p=0,263$ ). Las frecuencias más altas en cuanto al estado civil en ambos grupos fueron en el estado civil: unión estable siendo del 74,6% para los casos y de 71,6% para los controles. Del mismo modo, el nivel secundario fue el más frecuente, siendo de 65% para los casos y de 62,8% para los controles. La procedencia más frecuente fue para los distritos de Comas y San Juan de Lurigancho y los lugares de procedencia más frecuentes fueron Lima y Ancash. No se encontró diferencias significativas en cuanto al estado civil, nivel educativo, procedencia y lugar de nacimiento entre los casos y los controles (Cuadro 1).

**CUADRO 1. DATOS GENERALES DE LAS PACIENTES SEGÚN ABANDONO (CASO) O NO (CONTROL) AL CONTROL PRENATAL - INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2011**

	Caso		Control		Total		p*
	n	%	n	%	n	%	
Edad (años)							0,263
19 a 28	195	58,9	175	52,9	370	55,9	
29 a 38	116	35,0	136	41,1	252	38,1	
39 a 47	20	6,0	20	6,0	40	6,0	
Estado civil							0,603
Unión estable	247	74,6	237	71,6	484	73,1	
Casada	58	17,5	70	21,1	128	19,3	
Soltera	25	7,6	22	6,6	47	7,1	
Otro <sup>1</sup>	1	0,3	2	0,6	3	0,5	
Nivel educativo							0,344
Ninguno	0	0,0	1	0,3	1	0,2	
Primaria	45	13,6	41	12,4	86	13	
Secundaria	215	65,0	208	62,8	423	63,9	
Superior técnica	48	14,5	64	19,3	112	16,9	
Sup. Universitario	23	6,9	17	5,1	40	6,0	
Ocupación							0,191
Ama de casa	194	58,6	192	58,0	386	58,3	
Obrera	31	9,4	34	10,3	65	9,8	
Prof. Técnica	15	4,5	31	9,4	46	6,9	
Vendedora	23	6,9	20	6,0	43	6,5	
Otra <sup>2</sup>	68	20,6	54	16,3	122	18,4	
Procedencia							0,307
Comas	84	25,4	92	27,8	176	26,6	
San Juan de Lurigancho	46	13,9	56	16,9	102	15,4	
Puente Piedra	47	14,2	39	11,8	86	13,0	
Carabayllo	29	8,8	27	8,2	56	8,5	
Lima Cercado	8	2,4	15	4,5	23	3,5	
San Juan de Miraflores	11	3,3	12	3,6	23	3,5	
Ate	12	3,6	10	3,0	22	3,3	
La Victoria	15	4,5	4	1,2	19	2,9	
Villa El Salvador	8	2,4	10	3,0	18	2,7	
Los Olivos	9	2,7	9	2,7	18	2,7	
Santa Anita	6	1,8	9	2,7	15	2,3	
El Agustino	9	2,7	4	1,2	13	2,0	
Villa María del Triunfo	8	2,4	4	1,2	12	1,8	
San Martín de Porres	8	2,4	3	0,9	11	1,7	
Independencia	2	0,6	8	2,4	10	1,5	
Otra <sup>3</sup>	29	8,8	29	8,8	58	8,8	
Lugar de nacimiento							0,323
Amazonas	2	0,6	2	0,6	4	0,6	
Ancash	16	4,8	23	6,9	39	5,9	
Apurímac	3	0,9	10	3,0	13	2,0	
Arequipa	4	1,2	1	0,3	5	0,8	
Ayacucho	9	2,7	8	2,4	17	2,6	
Cajamarca	20	6,0	15	4,5	35	5,3	
Callao	1	0,3	0	0,0	1	0,2	
Cusco	5	1,5	11	3,3	16	2,4	
Huancavelica	8	2,4	9	2,7	17	2,6	
Huánuco	15	4,5	17	5,1	32	4,8	
Ica	5	1,5	1	0,3	6	0,9	
Junín	15	4,5	14	4,2	29	4,4	
La Libertad	5	1,5	8	2,4	13	2,0	
Lambayeque	10	3,0	9	2,7	19	2,9	
Lima	176	53,2	166	50,2	342	51,7	
Loreto	6	1,8	4	1,2	10	1,5	
Moquegua	0	0,0	1	0,3	1	0,2	
Pasco	6	1,8	2	0,6	8	1,2	
Piura	14	4,2	17	5,1	31	4,7	
Puno	6	1,8	8	2,4	14	2,1	
San Martín	0	0,0	3	0,9	3	0,5	
Tacna	0	0,0	1	0,3	1	0,2	
Tumbes	1	0,3	0	0,0	1	0,2	
Ucayali	4	1,2	1	0,3	5	0,8	
<b>Total</b>	<b>331</b>	<b>100</b>	<b>331</b>	<b>100</b>	<b>662</b>	<b>100</b>	

\*Valor p del Chi cuadrado

<sup>1</sup>Viuda, separada

<sup>2</sup>Servicios, comerciante, profesora universitaria, estudiante y empleada del hogar

<sup>3</sup>Chorrillos, Surco, Ancón, Pachacamac, Rímac, La Molina, Ventanilla, Callao, Barranco, Lurín, San Luis, Lince, Chosica, Magdalena, Punta Hermosa, San Bartolo, Surquillo, Cieneguilla, San Borja y Mala

En cuanto a los datos obstétricos, se encontró en todas las variables arrojaron una distribución no normal con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. En cuanto al número de gestaciones el 25% de los casos presentó 2 o más gestaciones comparada con los controles que fue 1 gestación. El promedio de gestaciones para los casos fue de  $2,6 \pm 1,4$  y para los controles fue  $2,3 \pm 1,2$ , la prueba de U Mann-Whitney demostró diferencias significativas ( $p=0,005$ ). En cuanto al número de partos encontró diferencias en el promedio de casos y controles, siendo para los casos de  $1,8 \pm 1,3$  partos y de  $1,5 \pm 1,1$  partos para los controles, estas diferencias fueron significativas ( $p=0,005$ ); el 50% ( $P_{50}$ ) o más de los casos presentó 2 o más partos comparado con los controles que fue de un parto. Con respecto al número de hijos vivos, se encontró diferencia en el promedio para los casos ( $1,8 \pm 1,3$  hijos) con los controles ( $1,5 \pm 1,2$  hijos) ( $p=0,009$ ); el 50% o más de los casos presentaron 2 partos comparada con los controles que fue 1. No se encontraron diferencias significativas para el promedio en número de partos prematuros, abortos, partos por cesárea y el periodo intergenésico (Cuadro 2).

**CUADRO 2. DATOS OBSTÉTRICOS SEGÚN ABANDONO (CASO) O NO (CONTROL) AL CONTROL PRENATAL - INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2011**

		n	x	s	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	p*
Número de gestaciones	Caso	331	2,6	1,4	2	2	3	
	Control	331	2,3	1,2	1	2	3	0,005
Número de partos	Caso	331	1,8	1,3	1	2	2	
	Control	331	1,5	1,1	1	1	2	0,005
Número de prematuros	Caso	331	0,0	0,2	0	0	0	
	Control	331	0,0	0,1	0	0	0	0,101
Número de abortos	Caso	331	0,3	0,6	0	0	0	
	Control	331	0,3	0,6	0	0	0	0,843
Número de hijos vivos	Caso	331	1,8	1,3	1	2	2	
	Control	331	1,5	1,2	1	1	2	0,009
Número de partos por cesárea	Caso	331	0,2	0,5	0	0	0	
	Control	331	0,1	0,4	0	0	0	0,203
Periodo intergenésico (años)	Caso	331	3,4	3,4	0	3	5	
	Control	331	3,7	4,1	0	3	6	0,772

\*Nivel de significancia de la Prueba U Mann-Whitney

En cuanto a los datos de los recién nacidos, la prueba de Kolmogorov-Smirnov determinó que las distribuciones muestrales no fueron normales ( $p<0,05$ ). No se encontraron diferencias significativas para edad gestacional, Índice de Apgar al minuto y cinco minutos, perímetro cefálico, talla y peso de los recién nacidos (Cuadro 3).



**CUADRO 3. DATOS DEL RECIÉN NACIDO SEGÚN ABANDONO (CASO) O NO (CONTROL) AL CONTROL PRENATAL - INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2011**

		n	x	s	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	p*
Edad gestacional (sem)	Caso	331	39,3	1,2	39	39	40	0,204
	Control	331	39,4	0,7	39	39	40	
Apgar al minuto	Caso	331	8,5	1,0	8	9	9	0,633
	Control	331	8,6	0,8	8	9	9	
Apgar a los 5 minutos	Caso	331	9,3	0,6	9	9	10	0,470
	Control	331	9,3	0,5	9	9	10	
Perímetro cefálico (cm)	Caso	331	34,0	2,0	33	34	35	0,226
	Control	331	34,2	1,3	33	34	35	
Talla del recién nacido (cm)	Caso	331	49,4	3,6	49	50	51	0,093
	Control	331	50,0	1,7	49	50	51	
Peso del recién nacido (g)	Caso	331	3388,9	522,7	3110	3400	3744	0,522
	Control	331	3443,2	392,6	3190	3447	3690	

\*Nivel de significancia de la Prueba U Mann-Whitney

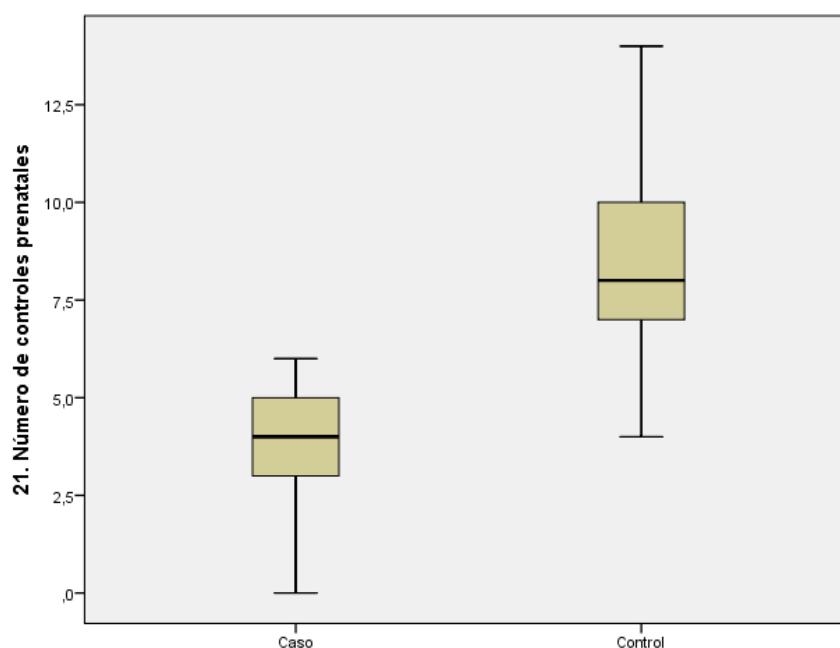
En cuanto al número de controles prenatales, la prueba de Kolmogorov-Smirnov arrojó que los datos no se distribuyeron normalmente, se puede apreciar que existen diferencias significativas para el número total de controles, siendo para los casos de  $3,9 \pm 1,2$  controles y para los controles de  $8,4 \pm 1,8$  controles ( $p < 0,001$ ); el 50% o más de los casos presentó 4 controles, mientras que el 50% o más de los controles presentó 8 controles prenatales. Los promedios también fueron diferentes para los controles del primer trimestre, del segundo y tercer trimestre. (Cuadro 4)

**CUADRO 4. CONTROLES PRENATALES SEGÚN ABANDONO (CASO) O NO (CONTROL) AL CONTROL PRENATAL - INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2011**

		n	x	s	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	p
Número de controles prenatales	Caso	331	3,9	1,2	3	4	5	<0,001
	Control	331	8,4	1,8	7	8	10	
I Trimestre	Caso	331	0,2	0,5	0	0	0	<0,001
	Control	331	1,1	1,1	0	1	2	
II Trimestre	Caso	331	1,2	1,0	0	1	2	<0,001
	Control	331	2,7	0,9	2	3	3	
III Trimestre	Caso	331	2,5	1,2	2	3	3	<0,001
	Control	331	4,6	1,5	4	4	6	

\*Nivel de significancia de la Prueba U Mann-Whitney

Se pueden determinar que la distribución de los controles prenatales fue diferente con una mediana de 4 controles para las gestantes que abandonaron el control prenatal (casos) y de 8 controles prenatales para las que no abandonaron (controles), estas diferencias fueron significativas (Gráfico 1).



**GRÁFICO 1. MEDIANA DE CONTROLES PRENATALES SEGÚN ABANDONO (CASO) O NO (CONTROL, INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2011)**

## **FACTORES SOCIALES ASOCIADOS AL ABANDONO AL CONTROL PRENATAL**

En cuanto a los factores sociales asociados al abandono al control prenatal se encontró asociación con dificultad de permisos en el trabajo y dificultad por quehaceres domésticos. El 23,9% de las que abandonaron el control prenatal tuvieron dificultades de permisos en el trabajo comparado con el 10,3% en los controles, estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ); existiendo 2,7 veces mayor probabilidad de presentar abandono al control prenatal cuando se tiene dificultades de permisos en el trabajo que cuando no se tiene ese factor (OR: 2,7 IC95% 1,8;4,2). Así mismo; el 19% de las gestantes que abandonaron el control prenatal tuvieron dificultades de asistir por quehaceres domésticos comparado con el 5,7% de los controles, las diferencias fueron significativas ( $p < 0,001$ ); existiendo 3,9 veces mayor probabilidad de abandonar el control prenatal cuando se tiene dificultades por quehaceres domésticos. No se encontró asociación con ser soltera sin pareja estable, estar desempleada, tener ocupación manual, poco apoyo de la familia, primaria incompleta y el ambiente inadecuado de la consulta prenatal, residir en barrio marginal, ser migrante, domicilio lejano y maltrato familiar (Cuadro 5).

**CUADRO 5. FACTORES SOCIALES ASOCIADOS AL ABANDONO (CASO) O NO (CONTROL) AL CONTROL PRENATAL, INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2011**

	<b>Caso</b> <b>n=331</b>	<b>Control</b> <b>n=331</b>	<b>p</b>	<b>OR</b>	<b>(IC95%)</b>
Soltera sin pareja estable					
Si	44,4	45,6			
No	55,6	54,4	0,755	1,0	(0,7:1,3)
Dificultad de permisos en el trabajo					
Si	23,9	10,3			
No	76,1	89,7	<0,001	2,7	(1,8:4,2)
Desempleada					
Si	29,0	28,1			
No	71,0	71,9	0,796	1,0	(0,7:1,5)
Ocupación manual					
Si	28,7	27,8			
No	71,3	72,2	0,796	1,0	(0,7:1,5)
Poco apoyo de la familia					
Si	38,4	40,8			
No	61,6	59,2	0,525	0,9	(0,7:1,2)
Primaria Incompleta					
Si	10,6	9,4			
No	89,4	90,6	0,604	1,1	(0,7:1,9)
Ambiente inadecuado para la consulta					
Si	12,4	10,3			
No	87,6	89,7	0,391	1,2	(0,8:2,0)
Dificultad por quehaceres domésticos					
Si	19,0	5,7			
No	81,0	94,3	<0,001	3,9	(2,3:6,6)
Residir en barrio marginal					
Si	52,0	52,3			
No	48,0	47,7	0,938	1,0	(0,7:1,3)
Migrante					
Si	46,8	49,8			
No	53,2	50,2	0,437	0,9	(0,7:1,2)
Domicilio lejano del lugar de atención					
Si	34,4	35,6			
No	65,6	64,4	0,745	0,9	(0,7:1,3)
Maltrato familiar					
Si	12,7	10,9			
No	87,3	89,1	0,469	1,2	(0,7:1,9)
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>			

## **FACTORES INSTITUCIONALES ASOCIADOS AL ABANDONO AL CONTROL PRENATAL**

En cuanto a los factores institucionales, el análisis determinó que casi todos fueron significativos, excepto para el factor citas de seguimiento y gastos para exámenes no disponibles. El 12,7% de las gestantes que abandonaron el control prenatal indicaron haber tenido trato inadecuado, comparado con el 5,4% de los controles; la probabilidad de abandono fue de 2,5 (OR: 2,5 IC95% 1,4:4,5). (Cuadro 6)

**CUADRO 6. FACTORES INSTITUCIONALES ASOCIADOS AL ABANDONO (CASO) O NO (CONTROL) AL CONTROL PRENATAL, INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2011**

	<b>Caso</b> <b>n=331</b>	<b>Control</b> <b>n=331</b>	<b>p</b>	<b>OR</b>	<b>(IC95%)</b>
Trato inadecuado					
Si	12,7	5,4			
No	87,3	94,6	0,001	2,5	(1,4:4,5)
Relación profesional de salud-paciente insatisfactoria					
Si	18,4	10,9			
No	81,6	89,1	0,006	1,9	(1,2:2,9)
Relación profesional de salud-paciente impersonal					
Si	24,2	16,3			
No	75,8	83,7	0,012	1,6	(1,1:2,4)
Episodios de maltrato por parte del profesional					
Si	5,1	1,5			
No	94,9	98,5	0,009	3,5	(1,3:9,7)
Poca prioridad para su atención prenatal					
Si	11,8	6,0			
No	88,2	94,0	0,010	2,1	(1,2:3,6)
Citas de seguimiento al control prenatal					
Si	22,7	17,2			
No	77,3	82,8	0,592	1,4	(0,9:2,1)
Incoordinación entre los servicios					
Si	39,3	27,8			
No	60,7	72,2	0,002	1,7	(1,2:2,3)
Tiempo de espera largo					
Si	47,4	34,1			
No	52,6	65,9	0,001	1,7	(1,3:2,4)
Servicios incompletos					
Si	27,2	7,9			
No	72,8	92,1	<0,001	4,4	(2,7:7,0)
Gastos en exámenes no disponibles					
Si	36,3	34,4			
No	63,7	65,6	0,626	1,1	(0,8:1,5)
Calidad inadecuada del control prenatal					
Si	47,1	23,3			
No	52,9	76,7	<0,001	2,9	(2,1:4,1)
Consultorio prenatal difícil de ubicar					
Si	23,0	13,3			
No	77,0	86,7	0,001	1,9	(1,3:2,9)
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>			

El 18,4% de las gestantes que abandonaron el control prenatal indicaron relación profesional de la salud-paciente insatisfactoria, comparada con el 10,9% de los controles; la probabilidad de abandono fue de 1,9 (OR: 1,9 IC95% 1,2:2,9). El 24,2% de las gestantes que abandonaron el control prenatal indicaron relación profesional de la salud-paciente impersonal, comparada con el 16,3% de los controles; la probabilidad de abandono fue de 1,6 (OR: 1,6 IC95% 1,1:2,4). El 5,1% de las gestantes que abandonaron el control prenatal indicaron episodios de maltrato por parte del profesional, comparada con el 1,5% de los controles; la probabilidad de abandono fue de 3,5 (OR: 3,5 IC95% 1,3:9,7). El 11,8% de las gestantes que

abandonaron el control prenatal poca prioridad para su atención prenatal por parte de los profesionales que la atendían, comparada con el 6,0% de los controles; la probabilidad de abandono fue de 2,1 (OR: 2,1 IC95% 1,2:3,6). El 39,3% de las que abandonaron el control prenatal identificaron incoordinación entre los servicios para atenderla, comparado con el 27,8% de los controles ( $p=0,002$ ); existiendo 1,7 veces mayor probabilidad de abandonar el control prenatal cuando el factor está presente. El 47,4% de los casos identificaron el tiempo de espera largo como elemento asociado al abandono, comparado con el 34,1% de los controles ( $p=0,001$ ); existiendo 1,7 veces mayor probabilidad de abandono al control prenatal cuando se identifica tiempo de espera largo en la atención prenatal. El 27,2% de las que abandonaron el control prenatal indicaron haber tenido servicios incompletos, comparado con el 7,9% de los controles; existiendo 4,4 veces mayor probabilidad de abandono al control prenatal cuando se presentan servicios incompletos (OR: 4,4 IC95% 2,7:7,0) que cuando no se presenta este evento. El 47,1% de las gestantes que abandonaron el control prenatal arrojaron en la escala de calidad del control prenatal como inadecuada, comparada con el 23,3% de los controles; la probabilidad de abandono fue de 2,9 (OR: 2,9 IC95% 2,1:4,1). Se encontró diferencia con la difícil ubicación del consultorio prenatal, lo presentó el 23% de los casos, comparado con el 13,3% de los controles ( $p=0,001$ ); existiendo 1,9 veces mayor probabilidad de abandono al control prenatal cuando se identifica dificultades para ubicar el consultorio prenatal que cuando no (OR: 1,9 IC95% 1,3:2,9). (Cuadro 6).

## **FACTORES PERSONALES ASOCIADOS AL ABANDONO AL CONTROL PRENATAL**

En cuanto a los factores personales, se identificó asociación para el abandono al control prenatal con el olvido de las citas de control prenatal y las dificultades para el cuidado de los hijos y multiparidad. En el primero existió una probabilidad de 1,7 (OR: 1,7 IC95% 1,2:2,3) este evento le sucedió al 42,6% de las que abandonaron el control prenatal y al 30,5% de los controles ( $p<0,001$ ), en cambio en el segundo suceso tuvo una probabilidad de abandono de 2,8 (OR: 2,8 IC95% 1,8:4,5), este evento le sucedió al 21,5% de las que abandonaron el control prenatal y al 8,8% de los controles ( $p<0,001$ ). La multiparidad se identificó en el 8,8% de las que abandonaron, comparado con el 3,6% de los controles, la probabilidad fue de 2,6 veces más para

abandono cuando el evento está presente, este dato fue estadísticamente significativo ( $p=0,006$ ) (Cuadro 7).

**CUADRO 7. FACTORES PERSONALES ASOCIADOS AL ABANDONO (CASO) O NO (CONTROL) AL CONTROL PRENATAL, INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2011**

	<b>Caso n=331</b>	<b>Control n=331</b>	<b>p</b>	<b>OR</b>	<b>(IC95%)</b>
Poco apoyo de la pareja					
Si	87,9	88,8			
No	12,1	11,2	0,716	0,9	(0,6;1,5)
Importancia del control prenatal					
Si	45,0	45,3			
No	55,0	54,7	0,938	1,0	(0,7;1,3)
Miedo al examen ginecológico					
Si	15,1	13,0			
No	84,9	87,0	0,434	1,2	(0,8;1,8)
Olvido de citas de control prenatal					
Si	42,6	30,5			
No	57,4	69,5	0,001	1,7	(1,2;2,3)
Dificultad para el cuidado de hijos					
Si	21,5	8,8			
No	78,5	91,2	<0,001	2,8	(1,8;4,5)
Edad extrema					
Si	16,3	14,8			
No	83,7	85,2	0,592	1,1	(0,7;1,7)
Multiparidad ( $\geq 5$ partos)					
Si	8,8	3,6			
No	91,2	96,4	0,006	2,6	(1,3;5,1)
Embarazo no planificado					
Si	40,8	42,6			
No	59,2	57,4	0,592	0,9	(0,7;1,3)
Poco tiempo de consulta prenatal					
Si	33,5	27,5			
No	66,5	72,5	0,091	1,3	(1,0;1,9)
Desconocimiento sobre el control prenatal					
Si	7,9	5,4			
No	92,1	94,6	0,212	1,5	(0,8;2,8)
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>			

## **FACTORES DE ABANDONO ASOCIADOS AL NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES**

Al aplicar el modelo de regresión lineal múltiple para la determinación del número de controles prenatales, encontramos que las variables del abandono al control prenatal que se asocian al número de controles prenatales fueron la dificultad de permisos en el trabajo, los gastos para exámenes no disponibles, los servicios incompletos y la difícil ubicación del consultorio prenatal, todos se asociaron positivamente y significativamente (Cuadro 8).

**CUADRO 8. COEFICIENTES DE REGRESION LINEAL MÚLTIPLE PARA DETERMINACIÓN DEL NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES**

Modelo	Coef <sup>a</sup> no estandarizados		Coef. tipificados	t	p	IC95% para B	
	B	Error típ.	Beta			LI	LS
Dificultad de permisos en el trabajo (dific)	1,579	0,265	0,218	5,953	0,000	1,058	2,100
Gastos para exámenes no disponibles (gastos)	0,544	0,212	0,095	2,567	0,010	0,128	0,960
Servicios incompletos (servi)	1,651	0,263	0,230	6,276	0,000	1,135	2,168
Difícil ubicación del consultorio prenatal (ubic)	0,865	0,262	0,122	3,295	0,001	0,349	1,380
(Constante)	-2,198	0,915		-2,402	0,017	-3,994	-0,401

<sup>a</sup>Variable dependiente: Número de controles prenatales (n cpn)

R<sup>2</sup> corregida = 0,122

ANOVA Regresión F= 23,822 p<0,001

Siendo la ecuación para la determinación del número de controles prenatales:

$$n_{cpn} = 0,579 \text{ } dific + 0,544 \text{ } gastos + 1,651 \text{ } servi + 0,865 \text{ } ubic - 2,198$$

Con respecto al modelo de predicción del número de controles prenatales para el primer trimestre con los factores asociados al abandono del control prenatal se encontró significancia para las variables estado civil (soltera), dificultad de permisos en el trabajo, servicios incompletos y relación profesional de salud-paciente impersonal.

**CUADRO 9. COEFICIENTES DE REGRESION LINEAL MULTIPLE PARA DETERMINACIÓN DEL NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES EN EL PRIMER TRIMESTRE**

	Coef <sup>a</sup> no estandarizados		Coef. tipificados	t	p	IC95% para B	
	B	Error típ.	Beta			LI	LS
Estado civil (estciv)	0,152	0,070	0,083	2,170	0,030	0,015	0,290
Dificultad de permisos en el trabajo (dific)	0,390	0,096	0,155	4,045	0,000	0,201	0,579
Servicios incompletos (servi)	0,370	0,096	0,148	3,857	0,000	0,181	0,558
Relación médico-paciente impersonal (rmp_i)	-0,193	0,091	-0,082	-2,116	0,035	-0,371	-0,014
(Constante)	-0,702	0,311		-2,253	0,025	-1,313	-0,090

<sup>a</sup>Variable dependiente: Número de controles prenatales I Trimestre (n cpn I)

R<sup>2</sup> corregida = 0,052

ANOVA Regresión F= 9,954 p<0,001

Todas las variables excepto la relación profesional de la salud-paciente impersonal se asociaron positivamente, la relación profesional de la salud-paciente impersonal se asoció negativamente al número de controles prenatales del primer trimestre, todas las variables fueron significativas para el modelo. (Cuadro 9). Siendo la ecuación para la determinación del número de controles prenatales para el primer trimestre:

$$n\text{cpn}I = 0,152\text{ estciv} + 0,39\text{ dific} + 0,37\text{ servi} - 1,193\text{ rmp}_i - 0,702$$

## FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO AL CONTROL PRENATAL

Al aplicar el modelo de regresión logística binaria para la determinación de un modelo explicativo del abandono al control prenatal, se determinó lo siguiente: las variables dificultades de permisos en el trabajo (ORa: 2,2 IC95% 1,4:3,5), dificultades por quehaceres domésticos (ORa: 2,9 IC95% 1,6:5,1), servicios incompletos (ORa: 3,6 IC95% 2,2:5,8), consultorio prenatal difícil de ubicar (ORa: 1,9 IC95% 1,2:2,9) y la calidad inadecuada del control prenatal (ORa: 2,4 IC95% 1,7:3,5) explican el abandono al control prenatal. El modelo propuesto arrojó una predicción del 15,9% ( $R^2$  Cox y Snell = 0,159) del evento a estudiar con un porcentaje correcto del 65,4%. El modelo resultó ser adecuado a través de la prueba de Hosmer y Lemeshow no significativo ( $p=0,428$ ). En todos los casos las probabilidades son consideraras de riesgo (Cuadro 16).

**CUADRO 10. MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA PARA EL ABANDONO AL CONTROL PRENATAL**

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
							L.I.	L.S.
Dificultades de permisos en el trabajo	0,78	0,24	10,55	1	0,001	2,18	1,36	3,49
Dificultades por quehaceres domésticos	1,06	0,29	12,98	1	<0,001	2,89	1,62	5,14
Servicios incompletos	1,28	0,25	26,06	1	<0,001	3,60	2,20	5,89
Consultorio prenatal difícil de ubicar	0,63	0,22	7,87	1	0,005	1,87	1,21	2,91
Calidad inadecuada del control prenatal	0,88	0,18	23,75	1	<0,001	2,42	1,70	3,46
Constante	-0,86	0,12	49,71	1	0,000	0,42		

Método Condicional hacia adelante

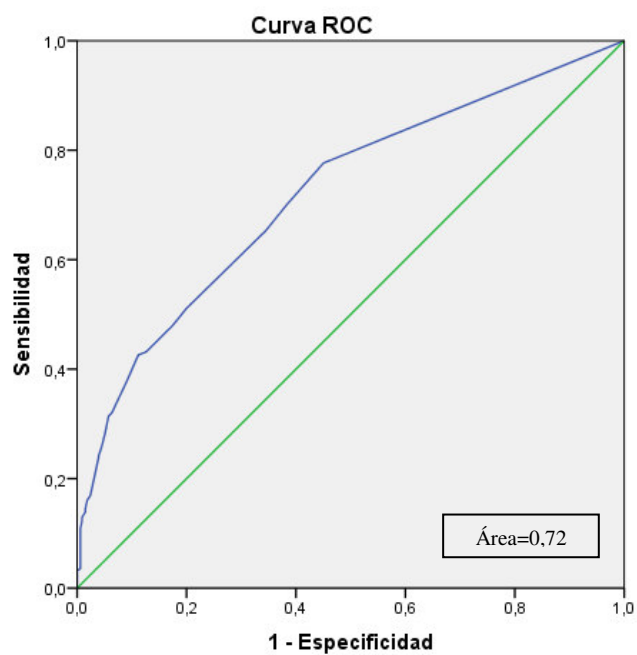
$R^2$  Cox y Snell = 0,159

Clasificación porcentaje correcto: 65,4

Prueba de Hosmer y Lemeshow = 4,90 gl = 5  $p=0,428$

El modelo arrojó un 72% de la varianza explicada (Área bajo la curva ROC = 0,720) indicando que el mismo es un buen elemento predictor (Gráfico 2)





**GRÁFICO 2. CURVA ROC PARA LA DETERMINACIÓN DE LA SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL MODELO DE ABANDONO AL CONTROL PRENATAL**

## DISCUSIÓN

Los estudios internacionales indican que la mayoría de lesiones y muertes maternas, así como casi tres cuartas partes de las muertes neonatales se podrían evitar si las mujeres recibieran la atención oportuna durante el embarazo, el parto y el posparto (Aguado et al., 2007). En Estados Unidos, una de las razones por las cuales cayó notoriamente la tasa de mortalidad materna y perinatal fue debido a que aproximadamente el 90% de las gestantes recibieron un adecuado cuidado prenatal (Faneite et al., 2009), en Brasil, (Bassani et al., 2009) determinaron que el 60% de las gestantes recibió atención prenatal adecuada y otro estudio hecho por Ribeiro y col<sup>(36)</sup> en ese mismo país, indicó una cifra de 66,1% de control prenatal adecuado. El informe Perú ENDES<sup>(2)</sup> para el año 2012 indicó que el 94,2% de las gestantes acudió a 4 o más controles prenatales, pero sin señalar si son adecuados, un estudio hecho por Arispe y col<sup>(82)</sup> en nuestro país determinó que sólo el 7,36% de las gestantes reciben control prenatal adecuado, en nuestro estudio se encontró una cifra 52,9% para los casos y 76,7% para los controles de control prenatal adecuado, muy inferior a los datos de Brasil cuando se tiene abandono al control prenatal y superior cuando los controles son mayores o iguales a 6.

Los estudios encontrados no ofrecen evidencia de fuerza de relación para abandono al control prenatal (Faneite et al., 2009, 2002; Waldenfels et al., 1992), por lo que se considera que este sería el primero en determinarse en nuestra realidad. Los factores dificultad de acudir por quehaceres domésticos y la multiparidad fueron significativos. En cuanto a la dificultad de acudir por quehaceres domésticos, Chavarría (Chavarría, 2006) identificó que la realización de los quehaceres domésticos es un factor para abandono al control prenatal. La constante en nuestra realidad es que las mujeres realicen las actividades domésticas, la cual requiere de tiempo, ello está en relación a la organización que pueda tener cada gestante para cumplir con todas las actividades propuestas, quizá no puedan tener apoyo por parte de la pareja y ello determina que este factor se presente como una causal de probabilidad de abandono. Tamez y colaboradores (Tamez-gonzález et al., 2006) identificaron a la multiparidad como un factor de menos acceso a la atención prenatal, en nuestro estudio se encontró asociación significativa entre la multiparidad y el abandono al control prenatal, la

carga del cuidado de los hijos, sobre todo si estos son menores limita las acciones por parte de las madres, incluyendo las consultas prenatales.

En aquellas gestantes que trabajan, la dificultad de obtener permisos se asoció tres veces más en la probabilidad de abandono al control prenatal, Chavarría (Chavarría, 2006) identificó dificultad para obtener permiso durante el trabajo como factor para abandono al control prenatal. Von Waldenfels (Waldenfels et al., 1992) identificó que el cruce de horario entre la atención prenatal y el horario de trabajo puede ser un factor para inicio tardío del mismo, se encontró diferencias para acudir al control prenatal en aquellas que tienen hijos menores de 3 años con aquellas que tenían hijos mayores de esta edad. El esquema actual, hace que las mujeres entren al campo laboral, con ello las obligaciones laborales, hacen que en ocasiones, no coincidan con las consultas prenatales, este sería un buen momento para ensayar nuevas modalidades de prestaciones de salud para este grupo, con horarios acordes a sus tiempos y en días que probablemente cuenten con más tiempo. La no disponibilidad para el cuidado de los hijos fue identificado por (Chavarría, 2006) y (Waldenfels et al., 1992) el primero realizado en Uruguay y el otro en Nicaragua, Chavarría encontró que un 30,5% de las pacientes que no acudieron a su control prenatal fue porque no tenían a quien dejar al cuidado de sus hijos. En el estudio se determinó que existe 2,8 veces mayor probabilidad de abandono al control prenatal cuando no se cuenta con disponibilidad para el cuidado de los hijos con un 21,5% es este grupo, muy similar a lo encontrado por Chavarría. Este es un factor que refleja actualmente la labor que tienen las madres peruanas que prácticamente quedan al cuidado de los hijos, con poco apoyo por parte de la pareja o la familia, otra explicación que aportaría al mismo puede deberse a los recursos de las familias, pues al no contar con adecuados recursos, no se pueden quedar al cuidado de los hijos y la carga familiar hace que se desestime los controles, por los problemas cotidianos. Diariamente se realizan cientos de atenciones prenatales en todos los sectores de salud y los niveles de atención, sin embargo, existen gestantes que acuden una o dos veces y no vuelven sino es por alguna emergencia o para atención de parto, al tener este comportamiento, se pierde valioso tiempo para poder cumplir con los objetivos del control y sobre todo se pierde esa herramienta de prevención y promoción de la salud. La participación activa de la gestante en su cuidado, permitirá reconocer tanto su validez social como el intercambio de saberes,

en búsqueda de un seguimiento efectivo y de calidad frente a la evolución de la gestación (Girado-Llamas et al., 2011).

Entre los factores institucionales, es decir, los propios que se expresan producto de la organización de los servicios de salud, se encontró asociación para abandono al control prenatal con servicios incompletos y no tener fecha para la siguiente cita de control prenatal, (Chavarría, 2006) identificó a la poca prioridad para la atención en una gestante como factor determinante para no seguimiento del control prenatal. La incoordinación entre los servicios que brinda el establecimiento de salud mostró una asociación 6 veces más para abandono al control prenatal, en el estudio de (Waldenfels et al., 1992) identificó que la incoordinación entre los servicios que se ofrecen a las gestantes dentro del establecimiento de salud es un elemento para iniciar tardíamente los controles prenatales. Las pacientes pueden identificar servicios incompletos cuando el profesional indica diferentes actividades y estas no se llegan a completar, un elemento de continuidad del servicio es no programar la fecha para la siguiente atención, una labor propia del profesional, probablemente por sobrecarga de pacientes, poco tiempo de la consulta y al no protocolizar las actividades de cada atención como elementos que se asocien.

Un punto muy importante para la adecuada calidad del control prenatal, es la relación profesional de salud paciente, es quizá la piedra angular del control, pues no basta con infraestructura o equipamiento, sino en contar con la capacidad del profesional. Se encontró que existe casi 2 veces mayor probabilidad de abandono al control prenatal cuando la relación profesional-paciente es insatisfactoria. Otro punto fundamental es el trato con la paciente, se encontró asociación 2,5 veces más probable de abandono al control prenatal cuando se encontraban episodios de maltrato, (Chavarría, 2006) encontró que el trato inadecuado era un factor para abandono al control prenatal; Belizan y colaboradores citado por (Waldenfels et al., 1992) sostienen que una de las barreras que dificultan el acudir a los controles prenatales es el maltrato dado por el personal de salud, así mismo, se encontró 2,9 veces mayor probabilidad de abandono al control prenatal cuando se percibe baja calidad del mismo (Faneite et al., 2009) identificó este factor en el 29,8% de gestantes que inasistieron a la consulta prenatal fue porque lo consideraron de baja calidad, el estudio lo determinó con el 47,1% de las gestantes que abandonaron el control prenatal, cifras muy superiores a la

encontrada por Faneite y colaboradores. La calidad de los servicios de salud, es un tema complejo que mantiene dimensiones y requiere de constante apoyo en la garantía de la calidad, la competencia profesional, así como altas tasas de rotación del personal de salud, especialmente en las áreas rurales, afectan en la capacidad de los profesionales de la salud y a su vez, de una atención de calidad (Cáceres, 2009; Ortiz & Beltrán, 2005; Physician for Human Righth, 2007).

En el análisis mutivariado indicó que existe 3,6 veces mayor probabilidad de abandono al control prenatal cuando se reciben servicios incompletos, el tener dificultades por quehaceres domésticos la calidad inadecuada del control prenatal y las dificultades de permisos en el trabajo, se asocian a no abandonar el control prenatal. El modelo propuesto, sólo explica el 15,9% del evento ( $R^2$  de Cox y Snell = 0,159), por lo que existirían otros factores involucrados al tema, posiblemente factores culturales, psicológicos, entre otros, lo que nos permite indicar que una garantía de competencia profesional, aunada a una gestión adecuada de los servicios de salud, puede reducir la frecuencia del abandono. En el presente estudio, se ha podido determinar que el tamaño de la muestra ha jugado un papel limitante para la determinación de algunas asociaciones sugeridas por otros estudios, así mismo el modelo logístico planteado demuestra una diferencia entre el análisis bivariado y el multivariado, indicando que los factores mantienen probabilidades diferentes de acuerdo a su prevalencia.

## CONCLUSIONES

- En los factores sociales se encontró asociación con dificultades de permisos en el trabajo, dificultades por quehaceres domésticos y el abandono al control prenatal.
- En los factores institucionales se encontró asociación con el trato inadecuado, relación profesional de la salud-paciente insatisfactoria, relación profesional de la salud paciente impersonal, episodios de maltrato por parte del profesional, poca prioridad para su atención prenatal, incoordinación entre los servicios, tiempo de espera largo, servicios incompletos, calidad inadecuada del control prenatal y consultorio prenatal difícil de ubicar y el abandono al control prenatal.
- En cuanto a los factores personales se encontró asociación con olvido de las citas, dificultad para el cuidado de los hijos, multiparidad y el abandono al control prenatal.
- La dificultad de permisos en el trabajo, gastos por exámenes no disponibles, servicios incompletos y difícil ubicación del consultorio prenatal se asocian al número de controles prenatales.
- El modelo multivariado arrojó asociación para el abandono al control prenatal con dificultades de permisos en el trabajo, dificultades por quehaceres

domésticos; servicios incompletos; consultorio prenatal difícil de ubicar y calidad inadecuada del control prenatal.

## **RECOMENDACIONES**

En cuanto al tema del abandono al control prenatal, recomendamos realizar investigaciones observacionales con diferencias socioculturales y comparadas en lugares donde haya menor porcentaje de consultas prenatales como las zonas de la sierra del Perú, para así tener un patrón de diferencias de los factores encontrados, pues la información indicada aquí correspondería más a gestantes del áreas urbanas, pero no serían igual en gestantes de áreas rurales.

Así mismo recomendamos realizar estudios de intervención en áreas urbanas de monitoreo de servicios completos especificado para gestantes y de mejora continua de la calidad del control prenatal para medir los resultados de las mejoras en los indicadores de salud materna y perinatal.

Recomendamos hacer intervenciones para incrementar el número de controles prenatales de primer trimestre asociados a los servicios completos y la relación profesional de salud paciente impersonal.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguado, L., Girón, L., Osorio, A., Tovar, L., & Ahumada, J. (2007). Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano. *Rev Latinoamer Cienc Soc*, 5(1), 1–36. Retrieved from <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/294/161>
- Aguilar, C., Nazar, A., Salvatierra, B., Mariaca, R., & Estrada, A. (2006). Morbilidad percibida y atención prenatal en mujeres marginadas de Chiapas, México. *Pob Salud Mesoamerica*, 4(1), 1–19.
- Arispe, C., Salgado, M., & Tang, G. (2011). Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. *Rev Med Hered*, 22(4), 169–175.
- Báñez, N., Linares, J., Vilaregut, A., Virgili, C., & Campreciós, M. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB). *Psicothema*, 24(3), 489–494.
- Barrios, A., & Montes, N. (2007). Control prenatal. *Rev Papeña Med Fam*, 4(6), 128–131.
- Bassani, D., Surkan, P., & Olinto, M. (2009). Inadequate use of prenatal services among Brazilian women: the role of maternal characteristics. *Inter Perspec Sexual and Reprod Health*, 35(1), 15–20. doi:10.1363/ifpp.35.015.09
- Cáceres, F. (2009). El control prenatal: una reflexión urgente. *Rev. colomb. obstet. ginecol*, 60(2), 165–170. Retrieved from <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=519254&indexSearch=ID>
- Camarena, L., & Von Glascoe, C. (2007). Perspectiva de calidad de atención prenatal alterna a la institucional: ciudad de Chihuahua, México. *Rev Fac Nac Salud Publica*, 25(1), 40–49.
- Cano-Serral, G., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., del Mar Pérez, M., & Salvador, J. (2006). Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 25–30. doi:10.1157/13084124

- Carter, M., & Speizer, I. (2005). Salvadoran fathers' attendance at prenatal care, delivery, and postpartum care. *Rev Panamer Salud Publica*, 18(3), 149–56. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16269116>
- Castro, M. (2009). *Evaluación de la atención adecuada del control prenatal en Bogotá con base en la Encuesta Nacional de Salud 2007*. Universidad Nacional de Colombia.
- Charry, J., Bernal, K., Giraldo, D., Gonzalez, E., & Rivera, P. (2008). Calidad del control prenatal realizado por profesionales de enfermería en una IPS pública, Manizales 2007. *Hacia Promoc Salud*, (13), 131–142. Retrieved from [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista13\\_8.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista13_8.pdf)
- Chavarría, J. (2006). *No cumplimiento a citas en atención prenatal de las embarazadas. Centros de Salud Francisco Buitrago y Ticuantepe. Managua. Periodo Octubre 2005–*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:No+cumplimiento+a+citas+en+atención prenatal+de+las+embarazadas.+Centros+de+salud+Francisco+Buitrago+y+Ticuantepe.+Managua.+Periodo+octubre+2005+-+junio+2006#0>
- Concari, S. (2001). Las teorías y modelos en la explicación científica implicadas para la enseñanza de las ciencias. *Ciência & Educação (Bauru)*, 7(1), 85–94. Retrieved from [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-73132001000100006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-73132001000100006&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Del Valle, J., Plasencia, C., Del Valle, N., Nápoles, E., & Matamoros, D. (2010). Calidad de la atención prenatal en el área de Mella. *MEDISAN*, 14(5), 641–648.
- Diprete, L., Miller, L., Fafeh, N., & Hatzell, T. (2009). *Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo*. (USAID, Ed.) (2° ed., p. 40). Bethesda,. Retrieved from [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/Pnach089.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnach089.pdf)
- Ebensperger, E. (2005). Salud materna en las américas. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 70(2), 71–72. Retrieved from [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262005000200001&script=sci\\_arttext&tlng=e](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262005000200001&script=sci_arttext&tlng=e)
- Espinosa, A., Trindade, C., Hoffmann, R., Fernandes, E., Carrera, M., & Heringer, G. (2010). Factors Associated with Prenatal Care and Seeking Assistance in Public Hospitals in Vitória. *Women & health*, 50(3), 229–240.
- Espinosa, A., Trindade, C., Hoffmann, R., Fernandez, E., Carrera, M., Alcure, G., & Franca, L. (2010). Factors associated with prenatal care and seeking assistance in public hospitals in Vitória, Espírito Santo, Brazil. *Women & health*, 50(3), 229–40. doi:10.1080/03630242.2010.480904
- Faneite, P., Rivera, C., & Faneite, J. (2007). Relación entre mortalidad perinatal y consulta prenatal Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” 1997-2006. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 67(4), 228–232.
- Faneite, P., Rivera, C., Linares, M., & Faneite, J. (2002). ¿Por qué no se controla la embarazada? *Rev Obstet Ginecol Venez*, 62(2). Retrieved from [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322002000200001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322002000200001&script=sci_arttext)

- Faneite, P., Rivera, C., Rodríguez, F., Amato, R., Moreno, S., & Cangemi, L. (2009). Consulta Prenatal: motivos de inasistencia, ¿se justifica? *Rev Obstet Ginecol Venez*, 69(3), 147–151. Retrieved from <http://sogv.org/ROGV/2009Vol69N3.pdf#page=7>
- Fernández, L. (2005). ¿Cuáles son las técnicas de recogida de información? *Butlletí LaRecerca*, (3), 1–6.
- Fraifer, S., & García, S. (2004). Guía de práctica clínica Control prenatal en embarazadas de bajo riesgo I. *Evid. actual. práct. ambul*, (7), 173–177.
- Fuentes, R., Oporto, G., Alarcón, A., Bustos, L., Prieto, R., & Rico, H. (2009). Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo. *Avances en Odontoestomatología*, 25(3), 147–154. doi:10.4321/S0213-12852009000300004
- García, L., & Almanza, R. (2011). Factores de riesgos asociados a la sífilis congénita en tres instituciones de salud de Sincelejo (Colombia). *Rev Cultur Cuidad Enf*, 8(1), 34–41. Retrieved from <http://unilibrepereira.edu.co/publicaciones/index.php/cultura/article/view/32>
- Geromel, L., Mendoca, N., & Villela, M. (2006). Prenatal care: difficulties experienced by nurses. *Revista Latino-amer Enfermagem*, 14(5), 682–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17117250>
- Girado-Llamas, S., Roncallio-Kelsey, B., Polo-Taborda, N., Rivera-Pastrana, J., Uparela-Gamarra, L., Tovar-Martelo, M., & Rangel-Cantillo, D. (2011). Evaluación del conocimiento acerca del control prenatal en púerperas Clínica Maternidad Rafael Calvo, Cartagena de Indias 2010-2011. *Rev Cienc Biomed*, 2(suppl 1), 2011.
- Gómez, C. (2008). Introducción al estudio de casos y controles. *Rev. colomb. neumol*, 10(1), 132–135. Retrieved from <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=220947&indexSearch=ID>
- González, R. G. (2010). Utilidad de la integración y convergencia de los métodos cualitativos y cuantitativos en las investigaciones en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(1), 19–29. Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662010000100004&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662010000100004&script=sci_arttext)
- Guilford, W., Downs, K., & Royce, T. (2008). Knowledge of prenatal health care among Costa Rican and Panamanian women. *Rev Panamer Salud Publica*, 23(6), 369–76. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18644204>
- Heaman, M., Green, C., Newburn-Cook, C., Elliott, L., & Helewa, M. (2007). Social inequalities in use of prenatal care in Manitoba. *J Obstet Gynaecol Canada*, 29(10), 806–16. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17915064>
- Hernández, A. (2008). El método hipotético-deductivo como legado del positivismo lógico y el racionalismo crítico: su influencia en la economía. *Ciencias Económicas*, 26(2), 183–195. Retrieved from <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/4018>
- Hernández, B., Trejo, J., Ducoing, D., Vázquez, L., & Tomé, P. (2003). Guía clínica para la atención prenatal. *Rev Med IMSS*, 41(Suppl), S59–S69. Retrieved from

<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Guía+clínica+para+la+atención+prenatal#1>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2013). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012* (pp. 187–216). Lima. Retrieved from <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/>

Instituto Nacional Materno Perinatal. (2014). Pagina web institucional. 2012. Retrieved from <http://www.inmp.gob.pe>

Kébreau, P., Saint-jean, G., Crandall, L., & Fevrin, E. (2005). Prenatal care utilization in rural areas and urban areas of Haiti. *Rev Panam Salud Publica*, 18(2), 84–92.

Lolas, F., & Quezada, A. (2003). *Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: Nuevas perspectivas*. (Organización Panamericana de la Salud, Ed.) (p. 152). Santiago: OPS/OMS.

López-Jaramillo, P., García, R., Reyes, L., & Ruíz, S. (2009). Appropriate prenatal care system: the best way to prevent preeclampsia in Andean countries. *Colombia Med*, 40(2), 226–230.

Lunet, N., Rodrigues, T., Correia, S., & Barros, H. (2008). Adequacy of prenatal care as a major determinant of folic acid, iron, and vitamin intake during pregnancy. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(5), 1151–1157.

Maderuelo, J., Haro, A., Pérez, F., Cercas, L., Valentín, A., & Morán, E. (2006). Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo. Diferencias entre los dispositivos asistenciales. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 31–39. doi:10.1157/13084125

Magriples, U., Kershaw, T. S., Rising, S. S., Massey, Z., & Ickovics, J. R. (2008). Prenatal health care beyond the obstetrics service: utilization and predictors of unscheduled care. *Am J Obstet Gynecol*, 198(1), 75.e1–7. doi:10.1016/j.ajog.2007.05.040

Manterola, D. (2009). Estudios observacionales: los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. *Rev. Med. Clin. Condes*, 20(4), 539–548. Retrieved from <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=530378&indexSearch=ID>

Ministerio de Salud, P. (2004). Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Guías+Nacionales+de+Atención+Integral+de+la+Salud+Sexual+y+Reproductiva#0>

Ministerio de Salud, P. (2007). *Guías de practica clínica para la atención de emergencias obstetricas según nivel de capacidad resolutive*. Lima.

Ministerio de Salud, P. (2008). Norma Técnica en salud para la implementación del listado priorizado de intervenciones sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materno neonatal. Lima: 17 de marzo de 2008. Retrieved from [http://www.sis.gob.pe/PDF/Resol\\_Direc/RM-193-2008-MINSA.pdf](http://www.sis.gob.pe/PDF/Resol_Direc/RM-193-2008-MINSA.pdf)

- Ministerio de Salud, P. (2009). Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015. Retrieved from [http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country\\_docs/Peru/peru\\_mnh\\_plan\\_estrategico\\_nacional\\_2009-2015.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Peru/peru_mnh_plan_estrategico_nacional_2009-2015.pdf)
- Ministerio de Salud, P. (2010). *Guías de Práctica Clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología* (p. 385). Lima.
- Ministerio de Salud, P. (2011). Directiva que regula los procesos de validación prestacional del Seguro Integral de Salud. Lima.
- Noguera, A., & Dueñas, M. (2011). *Evaluación de la calidad de la atención del programa de control prenatal a partir de la atención brindada a las usuarias en el centro de salud suroccidente de la ESE Popayán enero 2011 - junio de 2011*. Universidad del Cauca.
- Oliva, J., Bosh, C., Carballo, R., & Fernández-Britto, J. (2001). El consentimiento informado, una necesidad de la investigación clínica en seres humanos. *Rev Cubana Invest Biomed*, 20(2), 150–158. Retrieved from [http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol20\\_2\\_01/ibi112001.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol20_2_01/ibi112001.pdf)
- Ortiz, R., & Beltrán, M. (2005). Modelo de atención prenatal de bajo riesgo. *MedUNAB*, 8(2), 102–112. Retrieved from <http://132.248.9.34/hevila/Medunab/2005/vol8/no2/13.pdf>
- Pasmíño, S., & Guzmán-Gómez, N. (2009). Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna. Análisis de una tendencia, 1994-2004. Cali, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol*, 60(1), 12–18. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=00347434&AN=40303263&h=vb9tZGBcJfc%2FuOa092PEL1p7IjZ6UhnX1GhMT3QQtgIoAhkmMx2SjWnomJYEetwoOXqgSjkhs30OXxSbgilHJQ%3D%3D&crl=c>
- Pécora, A., San Martín, M., Cantero, A., Jankovic, P., & Liompart, V. (2008). Control prenatal tardío: ¿Barreras en el sistema de salud? *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá*, 27(3), 114–119.
- Peñuelas-Cota, J., Ramírez-Zepeda, M., González-Bon, M., Gil-Pineda, J., Cárdenas-Angulo, A., & García-Sañudo, N. (2008). Factores Asociados a Mortalidad Materna. *Soc Med Hosp Gral Culiacan Bernardo J Gástelum*, 2(3), 86–90. Retrieved from [http://hgculiacan.com/revistahgc/archivos/rev6\\_Art\\_1\\_Factores\\_Asociados\\_a\\_mortalidad\\_materna.pdf](http://hgculiacan.com/revistahgc/archivos/rev6_Art_1_Factores_Asociados_a_mortalidad_materna.pdf)
- Pérez-Toga, G. (2005). Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 43(5), 377–380. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im055c.pdf>
- Physician for Human Righth. (2007). *Demoras fatales mortalidad materna en el Perú un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura*.
- Ramalho, R. (2008). La relación médico paciente. Nuevas perspectivas. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)*, 41(1-2), 82–84.
- Rangel, L., De Souza, N., & Christoffel, M. (2006). La enfermera obstetra y la política de humanización del parto: en busca del cambio en el modelo asistencial. *Enfermería Global*, (9), 1–13. Retrieved from <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/307/285>

- Reyes, S., Valderrama, O., Ortega, K., & Chacón, M. (2010). Funcionalidad familiar y estilos de vida saludables. Asentamiento humano Nuevo Paraíso-distrito de Pativilca, 2009. *Rev. Aporte Santiaguino*, 3(2), 214–221.
- Ribeiro, E. R. O., Guimarães, A. M. D. N., Bettiol, H., Lima, D. D. F., Almeida, M. L. D., de Souza, L., ... Gurgel, R. Q. (2009). Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. *BMC pregnancy and childbirth*, 9, 31. doi:10.1186/1471-2393-9-31
- Rojas, I. (2011). Elementos para el diseño de técnicas de investigación: Una propuesta de definiciones y procedimientos en la investigación científica. *Tiempo de Educar*, 12(24), 277–297.
- Roselló-Soberón, M., & Casanueva, E. (2005). Orientación alimentaria en el control prenatal: Una herramienta educativa. *Perinatol Reprod Hum*, 19(3), 168–176. Retrieved from [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-53372005000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-53372005000300006&script=sci_arttext)
- Salvador, J., Diaz, J., & Huayanay, L. (2004). Factores de riesgo del parto pretermino. Estudio caso-control. *Rev Per Obstet Ginecol*, (50), 232–242.
- Sánchez, M., & Salado, M. (2012). Evaluacion del trato: perspectiva de los usuarios de consulta externa de especialidades del Hospital General de Zona 11 del IMSS. *Colecc Ed Salud Publica*, (11), 255–284.
- Sapi, S., & Isela, D. (2007). Psicoprofilaxis perinatal: preparación corporal y psíquica de la mujer embarazada para el nacimiento. *Psicol Salud*, 17(2), 219–229.
- Seclen-palacín, J., Benavides, B., Jacoby, E., & Velásquez, A. (2004). ¿Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal?: experiencia en hospitales del Perú. *Rev Panam Salud Publica*, 16(3), 149–157.
- Soc Esp Obstet Ginecol. (2014). *Control prenatal del embarazo normal* (Vol. 35, pp. 330–349).
- Tamayo, J., & Gómez, J. (2005). Factores asociados a mortalidad materna-estudio de casos y controles. Medellín 2001-2003. *CES Medicina*, 19(2), 19–45. Retrieved from <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=261120983003>
- Tamez-gonzález, S., Valle-arcos, R., Eibenschutz-hartman, C., & Méndez-ramírez, I. (2006). Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. *Salud Publica Mex*, 48(5), 418–429.
- Ticona, M., & Huanco, D. (2011). Influencia de la Paridad en el Peso del Recién Nacido en Hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *Ciencia & Desarrollo*, 13, 134–138.
- Tipiani, O., & Tomatis, C. (2006). El control prenatal y el desenlace maternoperinatal. *Rev Per Obstet Ginecol*, 52(4), 247–252.
- Troncoso, M., Serna, E., Castaño, J., Castro, J., Rosales, M., & Velez, J. (2007). Detección de factores de riesgo en el grupo de gestantes del programa de control prenatal, en una entidad de 1° nivel, y sus efectos en el neonato, Manizales 2007. *Arch Med (Manizales)*, (15), 57–65.

- Villar, J., Carroli, G., Khan Neelofur, D., Piaggio, G., & Gülmezoglu, M. (2007). *Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo (Revisión)* (p. 30).
- Villarreal, E., Garza, M., Nuñez, G., Rodriguez, S., & Rodríguez, O. (2007). Costo de la atención prenatal: Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 78(5), 298–303. Retrieved from [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262007000500004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000500004)
- Waldenfels, H. A. von, Pflanz, M., & Ramón, J. (1992). Factores que influyen en la concurrencia al control prenatal en Montevideo, Uruguay. *Rev Méd. Urug*, 8, 61–69. Retrieved from <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=132345&indexSearch=ID>

## Anexo 1

### Universidad Nacional Mayor de San Marcos

#### Factores asociados al abandono del control prenatal – Instituto Nacional Materno Perinatal

ID: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Versión 1.0

#### Criterios de selección CS

Hora: \_\_\_\_\_

	Si	No
<b>Criterios de inclusión</b>		
1. Acepte participar en el estudio	[ ]	[ ]
2. Edad mayor a 18 años	[ ]	[ ]
3. Abandono al control prenatal	[ ]	[ ]
4. Parto atendido en el Instituto	[ ]	[ ]
5. Recién nacido vivo	[ ]	[ ]
6. Fecha de atención es $\pm$ 1 día	[ ]	[ ]
7. Sexo del recién nacido similar	[ ]	[ ]
8. Control prenatal mayor a 6	[ ]	[ ]
<b>Criterio de exclusión</b>		
9. Impedimento del habla	[ ]	[ ]
10. Registros de historia incompletos	[ ]	[ ]
11. Traslado de madre	[ ]	[ ]
12. Traslado de recién nacido	[ ]	[ ]
13. Embarazos múltiples	[ ]	[ ]

**Nota.** Para ser considerado caso, se tiene que marcar un aspa en SI en los ítems 1 al 7 y NO en los ítems 8 al 13.  
Para ser considerado control, se tiene que marcar un aspa en SI en los ítems 1,2 al 4 al 8 y NO en los ítems 3, 9 al 13.

#### Observaciones

---



---



---

 Apellidos y nombres del registrador

---

 Firma

Establecimiento de Salud \_\_\_\_\_



## Anexo 2

### Universidad Nacional Mayor de San Marcos

#### Factores asociados al abandono del control prenatal – Instituto Nacional Materno Perinatal

#### Consentimiento Informado

<b>Oscar Munares García</b> Investigador Principal Instituto Nacional Materno Perinatal omunaresg@unmsm.edu.pe Versión 1.0	<b>Daisy Flores Cortés</b> Asesora Universidad Nacional Mayor de San Marcos dfloresc@hotmail.com Fecha elaboración 03/04/2010
--	---

#### ***Estimada señora***

Estamos llevando a cabo un estudio de investigación a fin de averiguar los motivos por los cuales algunas gestantes no acudieron o no terminaron sus controles prenatales. Su participación es voluntaria e incluirá solamente pacientes que deseen participar.

***Participación.*** Para ello, se está pidiendo su participación en el estudio, si usted acepta, quiere decir que el investigador le ha indicado a usted de forma verbal, así como escrita lo siguiente: los procedimientos a realizar, riesgos, beneficios, confidencialidad y preguntas resueltas.

***Propósito del estudio.*** El propósito del estudio de investigación es analizar los factores asociados al abandono del control prenatal. Los controles prenatales se realizan cientos de veces durante el día, en todo el territorio nacional, puede ser una herramienta poderosa para la prevención de enfermedades en la madre y en su futuro hijo, por lo que el estudio de las razones por las cuales las madres no acuden es el objetivo principal del estudio.

***¿En qué consistirá su participación?*** Una vez aceptada su participación, el investigador le preguntará a usted si ha tenido o no controles prenatales, para luego proceder a revisar su historia clínica, donde buscare algunos datos de la investigación, luego procederá a preguntarle a usted por las razones por las cuales asistió o no al control prenatal.

***Riesgos, incomodidades y costos de su participación*** Con respecto a los riesgos, estos ya han sido estudiados y usted pasará por riesgos identificados, por lo que se ha planteado que usted no tendrá mayor riesgo que la población general. El estudio no tendrá costo para usted. En todo momento se evaluará si usted se encuentra en posición de poder hacer uso de la palabra, su negativa a no participar en el estudio, no afectará ningún servicio que usted o alguno de sus familiares pueda tener por parte del sistema de salud. Sin embargo, para cualquier queja al respecto comunicarse con la Presidente del Comité de Ética al teléfono 3281510 anexo 1250 o al correo electrónico investigacion@iemp.gob.pe

***Beneficios.*** Los beneficios encontrados que dará la investigación serán: Para la institución contar con información que nos permitirá realizar mejores estrategias para que acudan más gestantes a sus controles prenatales. Para el investigador será la mejora en sus técnicas de investigación, lo cual terminará con la culminación de su grado académico de Doctor en Ciencias de la Salud. En todo momento se realizarán todos los procedimientos acordados según protocolos establecidos en el presente proyecto.

***Confidencialidad de la información.*** Toda información que usted nos proporcione será totalmente confidencial, los nombres y apellidos de cada participante quedará a custodia del investigador, por un periodo de 10 años, posteriormente los formularios serán eliminados.

#### ***Problemas o preguntas***

En todo momento se garantizará la posibilidad de retirarse del estudio y no tendrá incomodidad alguna por ello, si usted tuviera alguna pregunta podrá hacerla al profesional que la entrevistará; si luego de ser entrevistada quisiera no participar en el estudio comuníquese con el investigador Principal Oscar Munares García, al teléfono 99564969, para cualquier consulta o retiro del estudio.

**Consentimiento / Participación voluntaria.** Por lo expuesto comprendo que seré parte de un estudio de investigación. Sé que mis respuestas a las preguntas serán utilizadas para fines de investigación y no se me identificará. También se me informó que si participo o no, mi negativa a responder no afectará los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia puedan recibir por parte de los profesionales de este Instituto. Comprendo que el resultado de la investigación será presentado a la comunidad científica para su mejor comprensión.

**Declaración de la Paciente.** He leído y he entendido la información escrita en estas hojas y firmo este documento autorizando mi participación en el estudio, con esto no renuncio a mi derecho como paciente o ciudadano. Mi firma indica también que he recibido una copia de este consentimiento informado.

---

Nombre participante

---

Firma Participante

---

Nombre del investigador

---

Firma del investigador

---

Fecha

---

hora

## Anexo 3

## Universidad Nacional Mayor de San Marcos

## Factores asociados al abandono del control prenatal – Instituto Nacional Materno Perinatal

ID: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Versión 1.0

## Formulario DG

Hora: \_\_\_\_\_

## I. DATOS GENERALES

1. Edad [\_\_\_\_] [\_\_\_\_] años

2. Ocupación  
\_\_\_\_\_

3. Grado de instrucción

4. Estado civil

Ninguno	[ 0 ]
Primaria	[ 1 ]
Secundaria	[ 2 ]
Superior Técnica	[ 3 ]
Superior Universitaria	[ 4 ]

Soltera	[ 1 ]
Unión estable	[ 2 ]
Casada	[ 3 ]
Otro	[ 4 ]

5. Procedencia: \_\_\_\_\_ (distrito)

## II. DATOS OBSTETRICOS

6. G\_\_ P\_\_/\_/\_/\_/\_

7. Número de Partos por cesárea \_\_\_\_\_

8. Periodo intergenésico \_\_\_\_\_ (años)

9. Establecimiento donde se atendió el CPN  
\_\_\_\_\_

10. Número de controles prenatales \_\_\_\_\_

11. N°CPN I trimestre \_\_\_\_\_

12. N°CPN II trimestre \_\_\_\_\_

13. N°CPN III trimestre \_\_\_\_\_

## IV. DATOS DEL RECIEN NACIDO

1. Apgar al minuto \_\_\_\_\_

2. Perímetro cefálico \_\_\_\_\_ cm

3. Apgar a los 5 minutos \_\_\_\_\_

4. Talla \_\_\_\_\_ cm

5. Edad gestacional \_\_\_\_\_ semanas

6. Peso \_\_\_\_\_ g

## III. DATOS REPRODUCTIVOS

1. Religión: Católica...1 Evangélica.....2 Otra.....3 Ninguno.....4

2. Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

3. Menarquia \_\_\_\_\_ años

4. IRS \_\_\_\_\_ años

5. Andría \_\_\_\_\_

6. Uso de MAC Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

7. Tipo de MAC

Ninguno.....	0
Retiro.....	1
Control de días fértiles.....	2
Preservativo.....	3

Inyectable mensual.....	4
Inyectable trimestral.....	5
Oral Combinado.....	6
Dispositivo Intrauterino.....	7
Bloqueo Tubario Bilateral.....	8

Observaciones \_\_\_\_\_

## Anexo 4

### Universidad Nacional Mayor de San Marcos

#### Factores asociados al abandono del control prenatal – Instituto Nacional Materno Perinatal

ID: \_\_\_\_\_

Versión 2.0

#### Formulario ACPN

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

#### ABANDONO AL CONTROL PRENATAL

Si [ ] No [ ]

#### Factor social

1. Soltera sin pareja estable	Si	No
¿La paciente convive actualmente con su pareja?	[ ]	[ ]
2. Dificultad de permisos en trabajo		
¿Si trabaja, ha tenido dificultades para pedir permiso al trabajo para acudir al control prenatal?	[ ]	[ ]
3. Desempleo		
¿Actualmente, se encuentra sin trabajo?	[ ]	[ ]
4. Ocupación manual		
¿Trabajo haciendo alguna ocupación manual como artesanías, bordados, etc.?	[ ]	[ ]
5. Poco apoyo de la familia		
¿Ha tenido dificultades en acudir al control prenatal, porque no ha recibido apoyo de la familia (padres, hermanos, hijos o primos)?	[ ]	[ ]
6. Primaria incompleta		
¿La paciente ha concluido sus estudios primarios?	[ ]	[ ]
7. Ambiente inadecuado para la consulta		
¿Alguna vez ha dejado de acudir al control prenatal, porque consideró que el ambiente era inadecuado para el mismo?	[ ]	[ ]
8. Dificultad por quehaceres domésticos		
¿Ha tenido dificultades en acudir al control prenatal, porque ha tenido que realizar algunas actividades en la casa, como limpieza, mantenimiento, etc.?	[ ]	[ ]
9. Residir en barrio marginal		
¿Vive actualmente en un asentamiento humano, zona urbana marginal donde no haya agua y luz continua?	[ ]	[ ]
10. Maltrato familiar		
¿Durante su gestación ha recibido maltrato físico, psicológico, sexual o económico por parte de la pareja, padre u hermanos?	[ ]	[ ]
11. Domicilio lejano		
¿Considera que vive lejos del establecimiento de salud donde acude para control prenatal?	[ ]	[ ]

#### Factor institucional

12. Trato inadecuado	Si	No
<i>¿Alguna vez ha decidido no acudir a la consulta prenatal, porque ha considerado que no la trataban adecuadamente?</i>	[   ]	[   ]
13. Relación profesional de la salud-paciente insatisfactoria		
<i>¿Alguna vez ha dejado de acudir a su consulta prenatal, porque tuvo problemas con la persona que le atendía?</i>	[   ]	[   ]
14. Relación profesional de la salud-paciente impersonal		
<i>¿Alguna vez ha dejado de acudir a la consulta prenatal, porque ha considera que el trato del que le atendió fue frío e impersonal?</i>	[   ]	[   ]
15. Episodios de maltrato por parte del profesional		
<i>¿Alguna vez ha dejado de acudir al control prenatal, porque ha sufrido algún tipo de maltrato por parte del profesional que le atendió?</i>	[   ]	[   ]
16. Poca prioridad para su atención prenatal		
<i>¿Alguna vez ha decidido no acudir a la consulta prenatal, porque, no la atendieron por atender a otros?</i>	[   ]	[   ]
17. Citas de seguimiento		
<i>¿Alguna vez ha dejado de acudir a la consulta prenatal, porque no ha tenido fechas para el siguiente control?</i>	[   ]	[   ]
18. Incoordinación entre servicios para atenderla		
<i>¿Alguna vez ha dejado de acudir al control prenatal, porque ha observado que entre tantas áreas que tenía que ir, estas no tenían un orden para la asistencia?</i>	[   ]	[   ]
19. Tiempo de espera largo		
<i>¿Alguna vez ha dejado de acudir al control prenatal, porque consideró que esperaría mucho tiempo para su atención?</i>	[   ]	[   ]
20. Servicios incompletos		
<i>¿Alguna vez ha dejado de ir al control prenatal, porque a la hora de atenderla, no le realizan todas las actividades propuestas?</i>	[   ]	[   ]
21. Gastos para exámenes no disponibles		
<i>¿Alguna vez ha dejado de acudir a la consulta prenatal, porque no pudo cubrir los gastos de algunos análisis auxiliares que le solicitaron?</i>	[   ]	[   ]

#### Factor personal

22. Poco apoyo de la pareja	Si	No
<i>¿Ha tenido dificultades en acudir al control prenatal, porque no ha recibido apoyo de su pareja?</i>	[   ]	[   ]
23. Miedo al examen ginecológico		
<i>¿Alguna vez ha dejado de acudir al control prenatal, porque ha tenido temor al examen ginecológico que le practicarían?</i>	[   ]	[   ]
24. Importancia del control prenatal		
<i>¿Alguna vez, ha dejado de ir al control prenatal, porque lo consideró de poca o ninguna importancia?</i>	[   ]	[   ]

## 25. Olvido de citas

*¿Alguna vez, no ha acudido al control prenatal, porque se ha olvidado la fecha de la cita de control?*

[   ]      [   ]

## 26. Dificultad para el cuidado de hijos

*¿Ha tenido dificultades de acudir al control prenatal, porque no ha podido dejar a alguien al cuidado de sus hijos?*

[   ]      [   ]

## 27. Edad extrema

*¿La paciente tiene edad menor a 15 años o es mayor de 35 años?*

[   ]      [   ]

## 28. Multiparidad

*¿Usted ha tenido más de 5 partos, sean estos por cesárea o vaginales?*

[   ]      [   ]

## 29. Embarazo no planificado

*¿Este embarazo fue planificado?*

[   ]      [   ]

## 30. Poco tiempo de consulta

*¿Alguna vez ha dejado de acudir al control prenatal, porque ha percibido que le han destinado poco tiempo para su atención?*

[   ]      [   ]

## Anexo 5

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

### Factores asociados al abandono del control prenatal – Instituto Nacional Materno Perinatal

ID: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Versión 1.0

#### Formulario QCPN

Hora: \_\_\_\_\_

#### ESCALA DE CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL

	Definitivamente no	Probablemente no	Ni si, ni no	Probablemente si	Definitivamente si
<b>I. COMPETENCIA PROFESIONAL</b>					
1. ¿Considera que el control prenatal lo manejan adecuadamente?	1	2	3	4	5
2. ¿El establecimiento tiene seguridad para no infectarse?	1	2	3	4	5
<b>II. EFICACIA</b>					
3. ¿Está de acuerdo con las actividades que realizaban en el control prenatal?	1	2	3	4	5
<b>III. SEGURIDAD</b>					
4. ¿Considera que el establecimiento de salud es seguro?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera que el consultorio prenatal es seguro?	1	2	3	4	5
<b>IV. ACCESIBILIDAD</b>					
6. ¿Considera que el horario de atención es adecuado?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera que fue fácil acceder a la consulta prenatal?	1	2	3	4	5
<b>V. COMODIDADES</b>					
8. ¿Considera que el consultorio prenatal es cómodo?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera que la organización del establecimiento facilita la atención?	1	2	3	4	5
10. ¿Considera que el control prenatal es adecuado en sus orientaciones?	1	2	3	4	5
11. ¿Considera que el control es adecuado gracias a sus normas?	1	2	3	4	5
12. ¿Considera que los ambientes del establecimiento son cómodos?	1	2	3	4	5
13. ¿Considera que los servicios higiénicos son adecuados?	1	2	3	4	5

**Observaciones**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Registrador

## Anexo 6

### Validación del Formulario

#### Factores asociados al abandono al control prenatal

Para el presente análisis, se realizó un estudio piloto con 60 participantes, 29 con abandono al control prenatal y 31 sin abandono.

#### Validez de Constructo

Al analizar los estadísticos descriptivos se eliminó el ítem 30, por carecer de promedio y varianza (Tabla 7.1).

**Tabla 7.1. Estadísticos descriptivos**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Varianza
Migrante	60	1	2	1.50	.504	.254
Edad Extrema	60	1	2	1.93	.252	.063
Embarazo no deseado	60	1	2	1.58	.497	.247
Primaria Incompleta	60	1	2	1.97	.181	.033
Soltera sin pareja estable	60	1	2	1.57	.500	.250
Residir en barrio marginal	60	1	2	1.38	.490	.240
Domicilio alejado del lugar de atención	60	1	2	1.57	.500	.250
Maltrato familiar	60	1	2	1.93	.252	.063
Desempleada	60	1	2	1.68	.469	.220
Ocupación manual	60	1	2	1.70	.462	.214
Dificultad de permisos en el trabajo	60	1	2	1.78	.415	.173
Dificultad para el cuidado de hijos	60	1	2	1.82	.390	.152
Dificultad por quehaceres domésticos	60	1	2	1.88	.324	.105
Poco apoyo de la pareja	60	1	2	1.17	.376	.141
Poco apoyo de la familia	60	1	2	1.60	.494	.244
Olvido de la fecha del control prenatal	60	1	2	1.60	.494	.244
Multiparidad	60	1	2	1.97	.181	.033
Importancia del control prenatal	60	1	2	1.55	.502	.252
Desconocimiento sobre el control prenatal	60	1	2	1.93	.252	.063
Citas de seguimiento del control prenatal	60	1	2	1.83	.376	.141
Poca prioridad para su atención prenatal	60	1	2	1.93	.252	.063
Incoordinación entre los servicios para atenderla	60	1	2	1.73	.446	.199
Gastos para exámenes no disponibles	60	1	2	1.72	.454	.206
Tiempo de espera largo	60	1	2	1.60	.494	.244
Servicios incompletos	60	1	2	1.83	.376	.141
Consultorio prenatal difícil de ubicar	60	1	2	1.78	.415	.173
Poco tiempo de consulta prenatal	60	1	2	1.72	.454	.206
Relación médico-paciente insatisfactoria	60	1	2	1.85	.360	.130
Trato inadecuado	60	1	2	1.87	.343	.118
Episodios de maltrato por parte de profesional	60	1	2	1.97	.181	.033
Relación médico-paciente impersonal	60	1	2	1.82	.390	.152
Temor al examen ginecológico	60	1	2	1.73	.446	.199
Ambiente inadecuado para la consulta prenatal	60	1	2	1.97	.197	.038
Calidad inadecuada del control prenatal	60	1	2	1.58	.497	.247
N válido (según lista)	60					



Se aplicó el Análisis Factorial por componentes principales. En el análisis de las comunales nos indica que las proporciones de la varianza que pueden ser explicadas por el modelo factorial obtenido, son adecuadas, pues superan el 0,700 (Tabla 7.2).

**Tabla 7.2. Comunalidades<sup>a</sup>**

	Inicial	Extracción
Migrante	1.000	.732
Edad Extrema	1.000	.907
Embarazo no deseado	1.000	.836
Primaria Incompleta	1.000	.619
Soltera sin pareja estable	1.000	.916
Residir en barrio marginal	1.000	.921
Domicilio alejado del lugar de atención	1.000	.839
Maltrato familiar	1.000	.881
Desempleada	1.000	.870
Ocupación manual	1.000	.870
Dificultad de permisos en el trabajo	1.000	.820
Dificultad para el cuidado de hijos	1.000	.906
Dificultad por quehaceres domésticos	1.000	.767
Poco apoyo de la pareja	1.000	.888
Poco apoyo de la familia	1.000	.882
Olvido de la fecha del control prenatal	1.000	.848
Multiparidad	1.000	.744
Importancia del control prenatal	1.000	.931
Desconocimiento sobre el control prenatal	1.000	.909
Citas de seguimiento del control prenatal	1.000	.868
Poca prioridad para su atención prenatal	1.000	.798
Incoordinación entre los servicios para atenderla	1.000	.795
Gastos para exámenes no disponibles	1.000	.738
Tiempo de espera largo	1.000	.947
Servicios incompletos	1.000	.941
Maltrato por parte del profesional	1.000	.401
Consultorio prenatal difícil de ubicar	1.000	.734
Poco tiempo de consulta prenatal	1.000	.648
Relación médico-paciente insatisfactoria	1.000	.871
Trato inadecuado	1.000	.850
Relación médico-paciente impersonal	1.000	.810
Temor al examen ginecológico	1.000	.798
Ambiente inadecuado para la consulta prenatal	1.000	.593
Calidad inadecuada del control prenatal	1.000	.805

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

a. Sólo aquellos casos para los que Tipo = Caso, serán utilizados en la fase de análisis.

Al analizar los porcentajes de la varianza explicada (Tabla 3), nos indica que las dimensiones que pueden ser estudiadas son 11, y explican 83,42% de la varianza total que es explicada por cada factor (Tabla 7.3).

La agrupación de los ítems para la confección del cuestionario de Factores asociados al abandono al control prenatal se puede identificar en la Tabla 7.4.

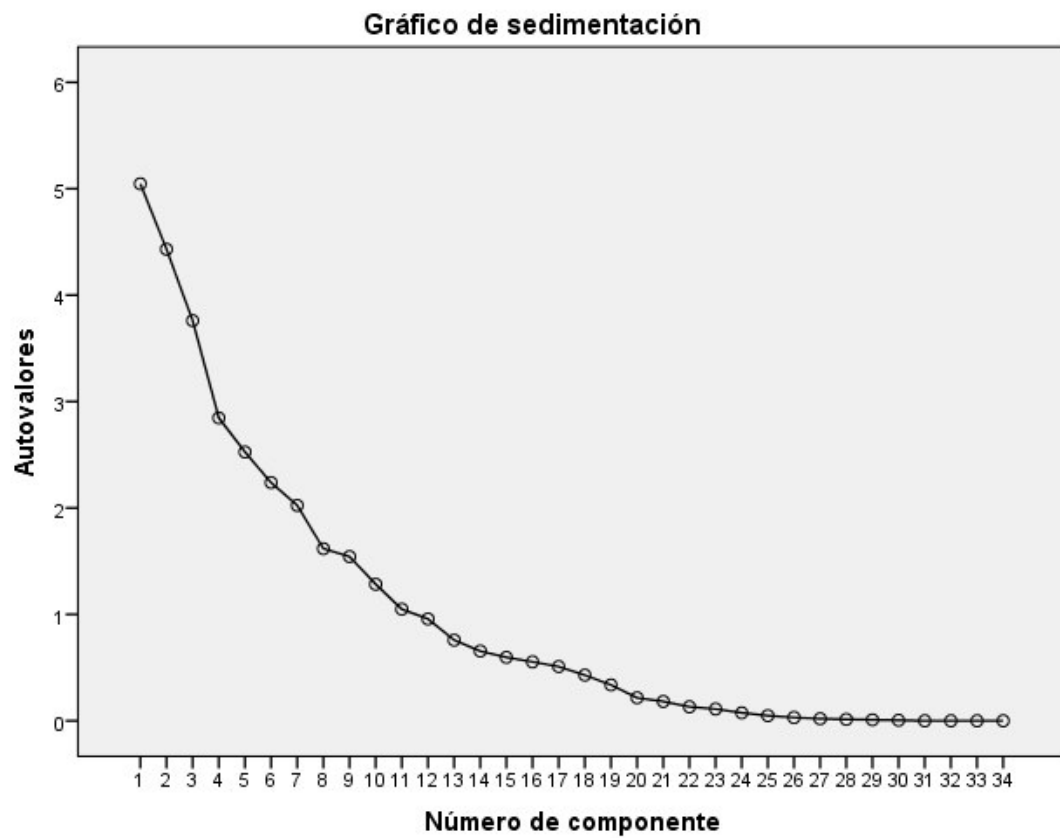
**Tabla 7.4. Varianza total explicada<sup>a</sup>**

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5.046	14.842	14.842	5.046	14.842	14.842
2	4.431	13.033	27.875	4.431	13.033	27.875
3	3.760	11.060	38.935	3.760	11.060	38.935
4	2.846	8.371	47.306	2.846	8.371	47.306
5	2.526	7.430	54.737	2.526	7.430	54.737
6	2.238	6.584	61.320	2.238	6.584	61.320
7	2.023	5.951	67.271	2.023	5.951	67.271
8	1.618	4.757	72.029	1.618	4.757	72.029
9	1.543	4.538	76.567	1.543	4.538	76.567
10	1.283	3.775	80.341	1.283	3.775	80.341
11	1.048	3.084	83.425	1.048	3.084	83.425
12	.957	2.815	86.240			
13	.758	2.230	88.470			
14	.655	1.925	90.395			
15	.596	1.753	92.148			
16	.554	1.629	93.778			
17	.509	1.497	95.275			
18	.429	1.263	96.538			
19	.337	.992	97.529			
20	.216	.635	98.164			
21	.182	.535	98.699			
22	.131	.385	99.084			
23	.111	.325	99.410			
24	.074	.219	99.628			
25	.049	.143	99.772			
26	.031	.090	99.862			
27	.019	.057	99.919			
28	.014	.040	99.959			
29	.009	.028	99.987			
30	.004	.013	100.000			
31	4.443E-16	1.307E-15	100.000			
32	1.681E-16	4.944E-16	100.000			
33	-2.732E-16	-8.035E-16	100.000			
34	-5.440E-16	-1.600E-15	100.000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

a. Sólo aquellos casos para los que 4. Tipo = Caso, serán utilizados en la fase de análisis.

El Gráfico de sedimentación nos indica las dimensiones del modelo factorial, tomando en cuenta las dimensiones mayores a 1 para la construcción del mismo.



**Tabla 7.4. Matriz de componentes<sup>a,b</sup>**

	Componente										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Soltera sin pareja estable	.799										
Dificultad de permisos en el trabajo	.662										
Desempleada	.601										
Ocupación manual	.601										
Poco apoyo de la familia	.527										
Primaria Incompleta	.320										
Ambiente inadecuado para la consulta prenatal	.355										
Dificultad por quehaceres domésticos	.186										
Relación médico-paciente insatisfactoria		.798									
Trato inadecuado		.721									
Relación médico-paciente impersonal		.699									
Poca prioridad para su atención prenatal		.654									
Maltrato por parte del profesional		.346									
Calidad inadecuada del control prenatal		.239									
Temor al examen ginecológico			.514								
Importancia del control prenatal			.450								
Olvido de la fecha del control prenatal			.417								
Dificultad para el cuidado de hijos			.318								
Poco apoyo de la pareja			.311								
Edad Extrema				.742							
Multiparidad				.733							
Desconocimiento sobre el control prenatal					.548						
Residir en barrio marginal					.352						
Citas de seguimiento del control prenatal						.539					
Incoordinación entre los servicios para atenderla						.465					
Tiempo de espera largo						.454					
Maltrato familiar							.508				
Migrante							.453				
Servicios incompletos								.505			
Gastos para exámenes no disponibles								.472			
Domicilio alejado del lugar de atención									.499		
Consultorio prenatal difícil de ubicar									.253		
Embarazo no deseado										.366	
Poco tiempo de consulta prenatal											.259

Método de extracción: Análisis de componentes principales. a. 11 componentes extraídos b. Sólo aquellos casos para los que Tipo = Caso, serán utilizados en la fase de análisis.

Para la determinación de la confiabilidad del instrumento se aplicó el coeficiente Alfa de Cronbach, el cual arrojó una confiabilidad de 0,801 para los 33 ítems propuestos (Tabla 7.6), así mismo podemos determinar que todos los ítems guardas correlaciones adecuadas mayores al 0,700 (Tabla 7.7).

**Tabla 7.6. Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,801	33

**Tabla 7.7. Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Edad extrema	8.54	21.478	.036	.806
Embarazo no deseado	8.20	21.061	.095	.806
Primaria incompleta	8.52	21.153	.119	.803
Soltera sin pareja estable	7.88	21.700	-.023	.807
Residir en barrio marginal	8.56	21.149	.138	.801
Domicilio lejano	8.36	20.398	.256	.798
Maltrato familiar	8.64	22.235	-.214	.810
Desempleo	8.12	21.128	.084	.806
Ocupación manual	8.12	21.128	.084	.806
Dificultad de permisos en trabajo	8.42	19.596	.475	.787
Dificultad para el cuidado de hijos	8.54	20.784	.232	.798
Dificultad por quehaceres domésticos	8.50	19.888	.454	.789
Poco apoyo de la pareja	7.82	21.171	.177	.799
Poco apoyo de la familia	8.02	21.530	.003	.809
Olvido de citas	8.42	19.718	.444	.789
Multiparidad	8.68	21.242	.260	.798
Importancia del control prenatal	8.64	21.092	.234	.798
Desconocimiento sobre el control prenatal	8.64	21.051	.251	.797
Ambiente inadecuado para la consulta	8.58	20.330	.412	.791
Citas de seguimiento	8.62	20.485	.430	.792
Poca prioridad para su atención	8.62	20.200	.538	.788
Incoordinación entre servicios para atenderla	8.48	19.316	.595	.782
Gastos para exámenes no disponibles	8.54	20.376	.351	.793
Tiempo de espera largo	8.44	20.007	.381	.792
Servicios incompletos	8.56	19.884	.525	.787
Ubicación lejana del lugar de atención	8.58	20.861	.241	.798
Poco tiempo de consulta	8.48	19.765	.471	.788
Relación médico-paciente insatisfactoria	8.60	19.959	.576	.786
Trato inadecuado	8.58	20.126	.479	.789
Episodios de maltrato por parte del profesional	8.72	21.757	0.000	.801
Relación médico-paciente impersonal	8.50	19.357	.604	.782
Miedo al examen ginecológico	8.54	19.274	.684	.780
consulta prenatal de baja calidad	8.58	20.126	.479	.789

## Anexo 7

### Validación de la Escala de Calidad del control prenatal

Se aplicó en el estudio piloto con 50 participantes, divididas en 25 con abandono al control prenatal y 25 sin abandono al control prenatal. Se puede determinar que en todos los ítems las estadísticas descriptivas se encuentran adecuadas (Tabla 8.1).

**Tabla 8.1. Estadísticos descriptivos**

	N	Rango	Mín	Máx	Media	s	s <sup>2</sup>
¿Considera que el control prenatal lo manejaba adecuadamente?	50	2	2	4	3.20	.990	.980
¿Estaba de acuerdo con las actividades que realizaban en el control prenatal?	50	2	2	4	3.72	.701	.491
¿Considera que el establecimiento de salud es seguro?	50	2	2	4	3.72	.701	.491
¿Considera que el consultorio prenatal es seguro?	50	2	2	4	3.72	.701	.491
¿Considera que en el establecimiento tiene seguridad de no infectarse?	50	2	2	4	2.86	.990	.980
¿Considera que el horario de atención es adecuado?	50	2	2	4	3.64	.776	.602
¿Considera que la organización de establecimiento facilita la atención?	50	2	2	4	3.68	.741	.549
¿Considera que fue fácil acceder a la consulta prenatal?	50	2	2	4	3.56	.837	.700
¿Considera que el control es adecuado gracias a sus normas?	50	2	2	4	3.84	.510	.260
¿Considera que el control prenatal es adecuado en sus orientaciones?	50	3	2	5	3.84	.584	.341
¿Considera que los ambientes del establecimiento son cómodos?	50	2	2	4	3.60	.756	.571
¿Considera que los servicios higiénicos son adecuados?	50	2	2	4	3.34	.939	.882
¿Considera que el consultorio prenatal es cómodo?	50	2	2	4	3.72	.701	.491
N válido (según lista)	50						

Se aplicó el Análisis Factorial por componentes principales, determinó en el análisis de las comunales que las proporciones de la varianza que pueden ser explicadas por el modelo factorial obtenido, son adecuadas, pues superan el 0,700 (Tabla 8.2)

**Tabla 8.2. Comunidades<sup>a</sup>**

	Inicial	Extracción
¿Considera que el control prenatal lo manejaba adecuadamente?	1.000	.707
¿Estaba de acuerdo con las actividades que realizaban en el control prenatal?	1.000	.872
¿Considera que el establecimiento de salud es seguro?	1.000	.894
¿Considera que el consultorio prenatal es seguro?	1.000	.955
¿Considera que en el establecimiento tiene seguridad de no infectarse?	1.000	.736
¿Considera que el horario de atención es adecuado?	1.000	.900
¿Considera que la organización de establecimiento facilita la atención?	1.000	.914
¿Considera que fue fácil acceder a la consulta prenatal?	1.000	.879
¿Considera que el control es adecuado gracias a sus normas?	1.000	.692
¿Considera que el control prenatal es adecuado en sus orientaciones?	1.000	.829
¿Considera que los ambientes del establecimiento son cómodos?	1.000	.722
¿Considera que los servicios higiénicos son adecuados?	1.000	.602
¿Considera que el consultorio prenatal es cómodo?	1.000	.931

Así mismo se determinó que para el análisis de la calidad del control prenatal se requerirían de 5 dimensiones, pues estas explicarían el 81,802% de la varianza total que es explicada por cada factor (Tabla 8.3)

**Tabla 8.3. Varianza total explicada<sup>a</sup>**

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5.047	38.823	38.823	5.047	38.823	38.823
2	1.900	14.618	53.440	1.900	14.618	53.440
3	1.349	10.377	63.817	1.349	10.377	63.817
4	1.279	9.835	73.652	1.279	9.835	73.652
5	1.059	8.150	81.802	1.059	8.150	81.802
6	.640	4.920	86.722			
7	.599	4.609	91.331			
8	.412	3.170	94.501			
9	.267	2.057	96.558			
10	.251	1.929	98.487			
11	.136	1.043	99.529			
12	.042	.322	99.852			
13	.019	.148	100.000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

a. Sólo aquellos casos para los que Abandono al control prenatal = Si, serán utilizados en la fase de análisis.

Finalmente se puede determinar la agrupación de los ítems de acuerdo a las dimensiones planteadas, las cuales se determinaron en cinco: competencia profesional (2 ítems), eficacia (1 ítem), seguridad (2 ítems), accesibilidad (2 ítems) y comodidades (6 ítems) (Tabla 8.4).

**Tabla 8.4. Matriz de componentes<sup>a,b</sup>**

	1	2	3	4	5
¿Considera que el consultorio prenatal es cómodo?	.915				
¿Considera que la organización de establecimiento facilita la atención?	.854				
¿Considera que el control prenatal es adecuado en sus orientaciones?	.807				
¿Considera que el control es adecuado gracias a sus normas?	.774				
¿Considera que los ambientes del establecimiento son cómodos?	.754				
¿Considera que los servicios higiénicos son adecuados?	.569				
¿Considera que el control prenatal lo manejaba adecuadamente?		.684			
¿Considera que en el establecimiento tiene seguridad de no infectarse?		.559			
¿Estaba de acuerdo con las actividades que realizaban en el control prenatal?			.774		
¿Considera que el establecimiento de salud es seguro?				.814	
¿Considera que el consultorio prenatal es seguro?				.527	
¿Considera que el horario de atención es adecuado?					.658
¿Considera que fue fácil acceder a la consulta prenatal?					.425

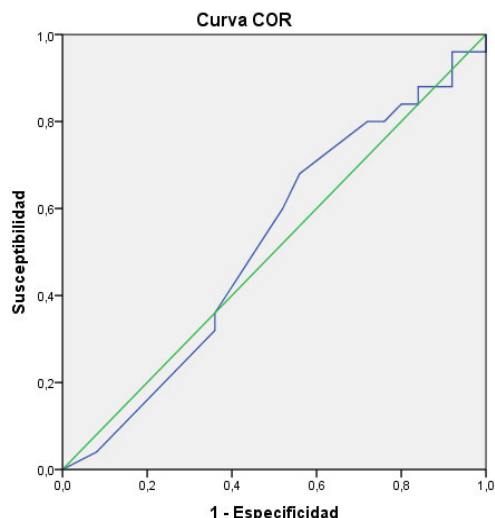
Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 5 componentes extraídos

b. Sólo aquellos casos para los que Abandono al control prenatal = Si, serán utilizados en la fase de análisis.

Para la determinación de la validez de criterio se aplicó la Curva ROC, la cual nos indicó que los ítems propuestos explican el 51,8% de evento de estudio (Figura 8.1) así mismo se determinan los puntos de corte para determinación de calidad del control prenatal en 46,5 puntos, resultado de la sumatoria de los puntajes de la escala de Likert, este punto de corte arrojó una sensibilidad del 68% y una especificidad del 44% (Tabla 8.5)

**Figura 8.1. Curva ROC para la determinación de la sensibilidad y especificidad de la calidad el control prenatal**



**Área bajo la curva**

Variables resultado de contraste:  
Suma de factores asociados al abandono

Área
0,518

**Tabla 8.5. Coordenadas de la curva**

Variables resultado de contraste: Suma calidad del control prenatal			
Positivo si es mayor o igual que <sup>a</sup>			
	Sensibilidad	1 - Especificidad	
31.00	1.000	1.000	
33.00	.960	1.000	
35.50	.960	.920	
38.00	.920	.920	
39.50	.880	.920	
41.00	.880	.840	
42.50	.840	.840	
43.50	.840	.800	
44.50	.800	.760	
45.50	.800	.720	
46.50	.680	.560	
47.50	.600	.520	
48.50	.360	.360	
49.50	.320	.360	
51.00	.040	.080	
53.00	0.000	0.000	

La variable (o variables) de resultado de contraste: Suma calidad del control prenatal tiene al menos un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo.

a. El menor valor de corte es el valor de contraste observado mínimo menos 1, mientras que el mayor valor de corte es el valor de contraste observado máximo más 1. Todos los demás valores de corte son la media de dos valores de contraste observados ordenados y consecutivos.



Para la determinación de la confiabilidad se aplicó el coeficiente Alfa de Cronbach, lo cual arrojó una confiabilidad general de 0,703 (Tabla 8.6) así mismo se determinó la confiabilidad al retirar cada ítem (Tabla 8.7).

**Tabla 8.6. Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,703	13

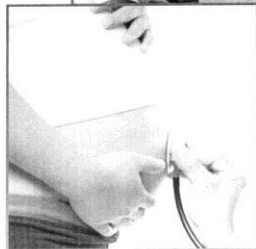
**Tabla 8.7. Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
¿Considera que el control prenatal lo manejaba adecuadamente?	43.24	19.90	.165	.715
¿Estaba de acuerdo con las actividades que realizaban en el control prenatal?	42.72	19.22	.425	.674
¿Considera que el establecimiento de salud es seguro?	42.72	18.81	.497	.665
¿Considera que el consultorio prenatal es seguro?	42.72	18.49	.556	.658
¿Considera que en el establecimiento tiene seguridad de no infectarse?	43.58	24.98	-.367	.792
¿Considera que el horario de atención es adecuado?	42.80	18.28	.519	.660
¿Considera que la organización de establecimiento facilita la atención?	42.76	19.49	.350	.683
¿Considera que fue fácil acceder a la consulta prenatal?	42.88	18.39	.451	.668
¿Considera que el control es adecuado gracias a sus normas?	42.60	19.83	.493	.675
¿Considera que el control prenatal es adecuado en sus orientaciones?	42.60	19.06	.575	.662
¿Considera que los ambientes del establecimiento son cómodos?	42.84	18.95	.427	.673
¿Considera que los servicios higiénicos son adecuados?	43.10	19.64	.217	.705
¿Considera que el consultorio prenatal es cómodo?	42.72	18.41	.570	.656

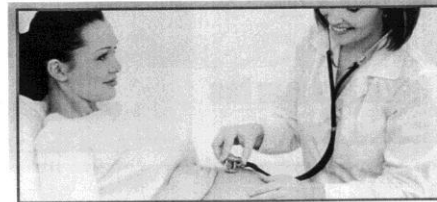
## Anexo 8. Tríptico educativo sobre control prenatal

### Causas institucionales

- Ambiente inadecuado para la consulta
- Citas de seguimiento
- Poca prioridad para su atención
- Incoordinación entre servicios
- Gastos para exámenes no disponibles
- Tiempo de espera largo
- Servicios incompletos
- Ubicación lejana de lugar de atención
- Poco tiempo para la consulta.

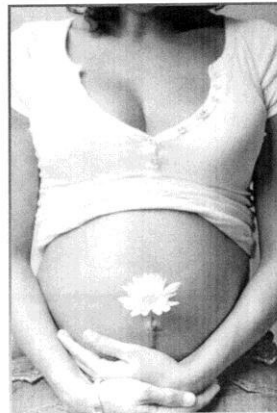


*Se considera abandono cuando no ha completado sus 6 controles prenatales como mínimo.*



### Causas médicas

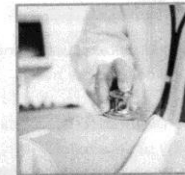
- Relación médico paciente insatisfactoria
- Relación médico paciente impersonal
- Consulta prenatal de baja calidad



[www.inma.gob.pe](http://www.inma.gob.pe)

## El Control prenatal

Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el niño por nacer que realiza el profesional de salud



para lograr un nacimiento sano, sin deterioro de la salud de la madre y su niño.





## ¿Para qué sirve el Control prenatal?

- Identificar causas de riesgo materno y del niño por nacer.
- Precisar el crecimiento del niño por nacer.
- Diagnosticar la condición del niño por nacer y su desarrollo.
- Vigilar la condición materna.
- Educar a la pareja
- Dar información desde el inicio del embarazo.

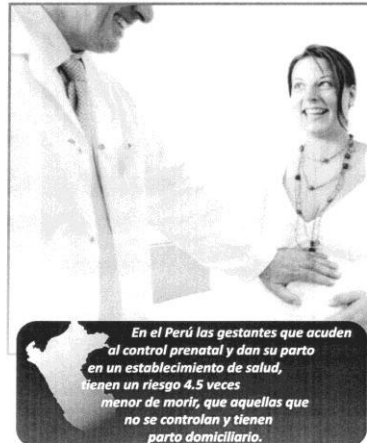
## ¿Cómo es un control prenatal bueno?

- Debe de ser precoz, es decir, debe de iniciarse lo más temprano posible.
- Debe de ser periódico, es decir, debe de tener mínimo 2 controles en los primeros meses, 2 en el cuarto mes y 2 más en los últimos meses.
- Debe de ser completo, es decir, debe tener de 6 a más controles.



## ¿Cuáles son las ventajas del control prenatal?

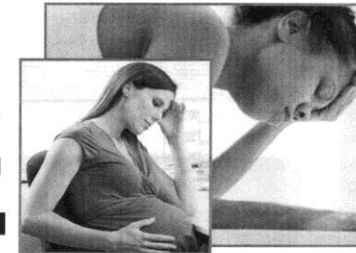
- Examen general de la gestante.
- Evaluación del embarazo y crecimiento del niño por nacer.
- Atención nutricional.
- Atención odontológica.
- Atención sobre inmunizaciones.
- Atención en salud mental.
- Atención social.
- Educación para la salud.



*En el Perú las gestantes que acuden al control prenatal y dan su parto en un establecimiento de salud, tienen un riesgo 4.5 veces menor de morir, que aquellas que no se controlan y tienen parto domiciliario.*

## ¿Para qué se abandona al Control prenatal?

### Causas personales



- Embarazo no deseado.
- Primaria incompleta.
- Soltera sin pareja estable.
- Residir en barrios marginales.
- Vivir lejos del establecimiento de salud.
- Maltrato familiar.
- Estar desempleada.
- Tener ocupaciones artesanales
- Dificultades en el trabajo.
- Dificultades al cuidado de sus hijos
- Quehaceres domésticos
- Poco apoyo por la familia
- Olvido de citas
- Edad
- Educación secundaria
- Multiparidad (muchos partos)
- Importancia del control prenatal
- Desconocimiento por el control prenatal

## Anexo 9. Carta de Aprobación de la investigación



DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL P  
"Año de la consolidación Económica y Social del Perú"

HETG N° 19218-10

Lima, 13 de diciembre del 2010

CARTA N°268-DG-N°958-OEAIDE-INMP-10

Señor Mag.

**OSCAR FAUSTO MUNARES GARCÍA**

DNI N° 07493051

Jr. Germán Aguirre 361 Dpto. 302-SMP

Presente.-

Asunto: Proyecto de Investigación

De mi consideración:

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarlo cordialmente, y en relación al proyecto de investigación titulado **"FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL CONTROL PRENATAL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL"** comunicarle que, contando con la aprobación de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada, del Comité de Evaluación Metodológica y Estadística en la Investigación y del Comité de Ética en Investigación del INMP, **se autoriza su ejecución**, para lo cual adjunto fotocopia de los informes técnicos correspondientes y del Consentimiento Informado.

Sin otro particular, sea la ocasión propicia para expresarle mi consideración y estima.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD  
Instituto Nacional Materno Perinatal  
*[Firma]*  
Dr. Pedro Pablo Kuczynski  
DIRECTOR GENERAL  
CAMP 10617 RDE 3301



OEAIDE

ARCHIVO

[www.inmp.gob.pe](http://www.inmp.gob.pe)

Jr. Antonio Miroquesada 941, Lima - PERÚ  
Telefax: (511) 328-0998

## Anexo 10. Informe del Comité de Ética



**Instituto Nacional Materno Perinatal**

**Comité de Ética**

**F-09**

*Institutional Review Board (IRB)/ Independent Ethics Committee (IEC) N° IRB 2418  
Federal Wide Assurance (FWA) for the Protection of Human Subjects for international Institutions N° FWA 9725.*

### INFORME

Exp. N° 019218-10

Proy. N° 069-10

Titulo del Proyecto	Factores asociados al abandono del Control Prenatal Instituto Nacional Materno Perinatal
Investigador Principal	Oscar Fausto Munares García
Financiamiento	Propio
Tipo de Estudio	Prospectivo Observacional Comparativo
Apreciación	Sin observaciones
Calificación	Aprobado

Lima, 15 de Noviembre del 2010

MINISTERIO DE SALUD  
Instituto Nacional Materno Perinatal  
Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Desarrollo Especializado  
  
**PRESIDENTE**  
Comité de Ética en Investigación

Presidente

MINISTERIO DE SALUD  
Instituto Nacional Materno Perinatal  
Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Desarrollo Especializado  
  
**SECRETARIO**  
Comité de Ética en Investigación

Secretario